অক্ষিতত্ত্ব

প্রসিদ্ধ ডাক্তার সি. ম্যাক্‌নামারা সাহেব

কর্ত্তৃক প্রণীত।

"এ ম্যানুয়্যাল্ অফ্ দি ডিজীজেস্ অফ্ দি আই" নামক

ইংরাজী পুস্তকের অবিকল অনুবাদ।

শ্রীলালমাধব মুখোপাধ্যায় এল, এম, এস, এফ, সি, ইউ,

অফ্থ্যাল্‌মিক্ হস্পিটালের ভূতপূর্ব্ব হাউস্ সার্জ্জন্ এবং ক্যাম্বেল্ মেডিকেল্

স্কুলের অফথ্যাল্‌মিক্ মেডিসিন্ এবং সার্জ্জারির ভূতপূর্ব্ব শিক্ষক;

কলিকাতা মেডিকেল্ সোসাইটির ভাইস্ প্রেসিডেন্ট,

অনারারি প্রেসিডেন্সী ম্যাজিষ্ট্রেট ও কলিকাতার

মিউনিসিপাল কমিসনার কর্ত্তৃক।

কলিকাতা।

১৮৮৪ খৃঃ অব্দ।

কলিকাতা।

রতন সরকার্স গার্ডেন ষ্ট্রীট ৩৩ নং ভবনে

অদ্বৈত যন্ত্রে শ্রীহরিদাস শেঠ দ্বারা মুদ্রিত।

A MANUAL

OF THE

DISEASES OF THE EYE.

BY

C. MACNAMARA, F. R. C. S.

LATE SURGEON TO THE CHANDNIE, AND THE OPHTHALMIC HOSPITAL CALCUTTA,
PROFESSOR OF OPHTHALMIC MEDICINE AND SURGERY IN THE CALCUTTA
MEDICAL COLLEGE. SURGEON TO THE ROYAL WESTMINISTER
OPHTHALMIC HOSPITAL ; SURGEON AND LECTURER ON
SURGERY, WESTMINISTER HOSPITAL ; SUGEON
MAJOR H M INDIAN MEDICAL SERVICE.

Translated into Bengali,

BY

LAL MADHUB MOOKERJEE. L. M. S. F. C. U.

LATE HOUSE SURGEON TO THE OPHTHALMIC HOSPITAL ;
TEACHER OF OPHTHALMIC MEDICINE AND SURGERY
CAMPBELL MEDICAL SCHOOL.
VICE PRESIDENT OF THE CALCUTTA MEDICAL SOCIETY
HONORARY PRESIDENCY MAGISTRATE AND
MUNICIPAL COMMISSIONER OF THE
TOWN OF CALCUTTA.

CALCUTTA.

1885.

TO

Dr. G. Macnamara, F. R. C. S.

LATE SURGEON TO THE CHANDNIE, AND THE OPHTHALMIC HOSPITAL CALCUTTA, PROFESSOR OF OPHTHALMIC MEDICINE AND SURGERY IN THE CALCUTTA MEDICAL COLLEGE.

SURGEON TO THE ROYAL WESTMINISTER OPHTHALMIC HOSPITAL, SURGEON AND LECTURER ON *SURGERY, WESTMINISTER HOSPITAL;*

SURGEON MAJOR H. M INDIAN MEDICAL SERVICE.

This work is, with sincere regard, Dedicated

IN ADMIRATION OF HIS DISTINGUISHED TALENTS, HIGH CHARACTER, AND PROFESSIONAL ATTAINMENTS

AND

IN GRATEFUL ACKNOWLEDGEMENT OF ACTS OF KINDNESS TO HIS ASSISTANT, AND FORMER PUPIL

LAL MADHUB MOOKERJEE.

বিজ্ঞাপন।

যদিও চক্ষুই শরীরের সর্ব্ব প্রধান ইন্দ্রিয় ও উহা সচরাচর যে সকল অনিবার্য্য রোগ দ্বারা আক্রমিত হইয়া থাকে, যাহাদিগের পরিণাম, পরিণামে প্রায়ই অশুভ ও বিষম বিপদের মূলীভূত, সেইসকল রোগের কারণ ও তৎসম্বন্ধীয় লক্ষণ ও তদ্বিষয়ক চিকিৎসা অনবগত থাকা যদিও অবশ্যই অবিধেয়; যদিও পূর্ব্বাপেক্ষা বর্ত্তমান সময়ে এই রোগের আলোচনা অনেক উন্নীত হইয়াছে; যদিও মেডিকেল কলেজের বাঙ্গালা বিভাগস্থ ছাত্রদিগের অধ্যয়নের নিমিত্ত চিকিৎসা সম্বন্ধীয় বিবিধ ইংরাজী পুস্তক বঙ্গ ভাষায় অনুবাদিত ও প্রকাশিত হইয়াছে; তথাপি যে প্রধানতম ইন্দ্রিয় চক্ষুই, প্রকাশক ও অনুবাদকদিগের স্মৃতিপথান্তরাল রহিয়াছে ইহা কি অতীব আশ্চর্য্য নহে? সুতরাং এই অভাব দূরীকরণাভিপ্রায়েই ১৮৭৪ অব্দে আমি বঙ্গ ভাষায় চক্ষু রোগ সম্বন্ধীয় একখানি পুস্তক সঙ্কলনে প্রবৃত্ত হই। এবং ঐ সময়েই মেডিকেল কলেজের বাঙ্গালা বিভাগস্থ ছাত্রদিগকে চক্ষুরোগ সম্বন্ধীয় চিকিৎসা বিষয়ে শিক্ষিত করা; মেডিকেল কলেজের উপরিতন কর্ত্তৃপক্ষগণ কর্ত্তৃক স্থিরীকৃত হওয়ায়, আমিই উক্ত বিভাগস্থ ছাত্রদিগের অধ্যাপনা কার্য্যে নিযুক্ত হইয়াছিলাম। সুতরাং আরো উৎসাহ সহকারে পুস্তক সমাধানে যত্নবান হই। অধিকন্তু ঐ সময়েই মেডিকেল কলেজস্থ চক্ষু-রোগের সুপ্রসিদ্ধ প্রফেসর মহাত্মা সি, ম্যাক্‌নামারা সাহেবকে উপদেশ জিজ্ঞাসা করায়; তৎকৃত পুস্তকই মেডিকেল কলেজস্থ ছাত্রদিগের পাঠ্য পুস্তক বলিয়া, তিনি আমায় তৎপ্রণীত "এ ম্যানুয়্যাল্ অফ্ দি ডিজীজেস্ অফ্ দি আই" নামক চক্ষুরোগ সম্বন্ধীয় ইংরাজী পুস্তক অবিকল বঙ্গভাষায় অনুবাদ করিতে উপদেশ দেন।

আপন বুদ্ধি ও অভিজ্ঞতানুসারে অভিনব স্বতন্ত্র কোন পুস্তক রচনা করিলে, তাহা হইতে ছাত্রবর্গ যে কতদূর উপকৃত হইবে, তদ্বিষয়ে

সন্দিহান হইয়া, তল্লিখিত পুস্তকই অবিকল বঙ্গভাষায় অনুবাদ করিতে প্রবৃত্ত হইয়াছিলাম। বিশেষ কারণানুরোধে সমুদয় অংশ সাধারণের হস্তে অর্পণ করিতে পারি নাই। এক্ষণে উক্ত অভাব দূরীকরণার্থেই অবশিষ্ট অংশের অনুবাদ ও পূর্ব্বানুবাদিত অংশের যথাসাধ্য পরিবর্ত্তন, পরিবর্দ্ধন ও সংশোধন করিয়া প্রকাশ করিলাম। প্রতিকৃতি ব্যতীত অস্ত্র প্রক্রিয়া ও অবস্থান কৌশল অবগত হওয়া দুরূহ বিবেচনায় উক্ত ইংরাজী পুস্তকের যে স্থানে যে রূপ প্রতিকৃতি আছে (পুস্তক অনুবাদের অভিমতি অবগত হইয়াই পুস্তক প্রণেতা অনুগ্রহ পূর্ব্বক উক্ত প্রতিকৃতি গুলি লণ্ডন নগরী হইতে আনয়ন করাইয়া দেওয়ায়) এই পুস্তকেরও সেই সেই স্থানে তদনুরূপ প্রতিকৃতি প্রদত্ত হইল। পুস্তকখানি যাহাতে মেডিকেল কলেজের বাঙ্গালা বিভাগস্থ ছাত্র ও বাঙ্গালা চিকিৎসকদিগের বিশেষ উপকারে আইসে, তদ্বিষয়ে বিশেষ যত্ন ও মনোযোগ দেওয়া হইয়াছে। এতাদৃশ দুরূহ বৈজ্ঞানিক পুস্তক অধ্যাপকের সাহায্য ব্যতীতও ছাত্রদিগের যাহাতে সহজে বোধগম্য হইতে পারে তদ্বিষয়েও বিশেষ যত্ন ও মনোযোগের ত্রুটি হয় নাই।

পুস্তক খানি সত্বরে সাধারণের হস্তে সমর্পণ মানসে তিন খণ্ডে বিভক্ত করিয়া যথা সময়ে ক্রমান্বয়ে প্রকাশ করাই প্রথমে উদ্দেশ্য ছিল, কিন্তু তাহাতে পাঠক বর্গের অসুবিধা বিষয়ে সন্দিহান হইয়া তিন খণ্ড একত্র যোজিত করিয়া একবারেই প্রকাশ করিলাম। এক্ষণে ইহাতে বাঙ্গালা বিভাগস্থ ছাত্র ও বাঙ্গালা চিকিৎসকদিগের কথঞ্চিৎ উপকার দর্শিলেই আমার ব্যয় ও শ্রম সার্থক হইবে।

আমার ছাত্র মেও হস্পিট্যালের ভূতপূর্ব্ব অ্যাসিষ্ট্যাণ্ট সার্জ্জন্ মৃত গুরুগোবিন্দ সেন, পুস্তক অনুবাদ সম্বন্ধে আমার যথেষ্ট সাহায্য করিয়াছেন। তজ্জন্য তৎকৃতোপকার আমার চিরস্মরণীয়।

১নং লালমাধব মুখর্জ্জীস্ লেন্।
১লা জুন ১৮৮৫

শ্রীলালমাধব মুখোপাধ্যায়।

PREFACE.

——oo——

Although the eye is the most important organ of the human body, although a knowledge of the nature, causes, and treatment of the diseases to which it is liable, is indispensably necessary to a successful pursuit of the medical profession, and although the study as well as the knowledge of the pathology and treatment of such diseases, have been developed, particularly in modern times, to a degree only short of perfection; still strange to say that among the various translations of English medical books that have been published till now, especially for the use of the students of the Vernacular Medical Schools at Sealdah, Dacca, Patna, Cuttack, and of the Native Doctors, now called Hospital Assistants, no Bengali version of a standard work on Ophthalmic Medicine and Surgery has, to my knowledge, as yet appeared.

The absence of such a work has consequently prevented many medical men, who are not conversant with the English language, from acquiring that knowledge, so necessary to them, of this particular branch of medical science.

With a view to meeting this want to a certain extent, I set to work, in 1874, in the compilation of a Bengali work on the Diseases of the Eye. About

the same time, the authorities in the Calcutta Medical College determined that the diangosis, treatment and pathology of the diseases of the eye should be included in the course of instructions for the Bengali class students;.and I was appointed to deliver lectures on this branch of medical science. This appointment necessarily stimulated my efforts to complete the compilation I had undertaken. Fortunately for myself, and still more fortunately for my countrymen, I sought the advice of that eminent Professor of Ophthalmic Medicine and Surgery in the Calcutta Medical College, Dr. C. N. Macnamara, in respect to the form and details of the work I purposed bringing out. Dr. Macnamara had already published his "Manual of the Diseases of the Eye," and this work he was so kind as to permit me to translate into Bengali Being doubtful whether my own intended compilation would be so useful to the classes for whose behoof I intended it, I abandoned the idea of publishing a separate work, and decided on bringing out a Bengali translation of Dr. Macnamara's Manual which had already established its authority as a text book. Circumstances, however, interfered to prevent me from completing the translation in which I had made some progress, and I could only publish a part of it which was favourably noticed in the *Lancet* and in some of the papers in this country.

The encouragement which I received by the appreciation of the work resulting in its ready sale, its favourable reception by the public, and the continued

absence of a Bengali version of any standard work on Diseases of the Eye, encouraged me to resume and complete the translation from the point at which I had broken off from the work. The whole book has now been completed, and I have taken the opportunity to alter, revise and correct to a considerable extent, and with great care, that part of it which I had previously translated and published, in bringing out the present complete Bengali version of Dr. Macnamara's "Manual of the Diseases of the Eye."

It is necessary to state that being unable to find perfectly appropriate and expressive Bengali names for particular diseases, described in the Manual, I have been forced to adopt the English names, which I have transliterated into Bengali, giving also the English names fully in English characters to prevent the possibility of any mistake.

As illustrations were absolutely necessary for enabling students to acquire a precise and accurate knowledge of the various methods in which operations on the eye for different diseases are performed, I have given diagrams to explain the letter-press where such diagrams were indispensable. It affords me much pleasure to say that having learnt of my intention to complete and publish the present work, Dr. Macnamara, with his wonted kindness, sent me the necessary illustrations from England, and for this mark of continued favour to me and interest in my labors, I cannot express my gratitude to him in sufficiently strong terms.

I have spared no pains to make this work as useful as possible to the students of the Vernacular Medical Schools, and to Native Doctors ; indeed, so thoroughly useful as to enable them to acquire the necessary knowledge of this important branch of medical science without any help from the Professors, and with complete facility to themselves.

It had been my original intention to publish the book by instalments in three parts, in order that I might be able to place so much of it as was ready, as early as possible, in the hands of the classes for whom it was intended. I afterwards found that such a mode of publication might be felt to be inconvenient. I, therefore, changed my mind, and I have published the whole work at once, in a complete volume.

If the book should be of the slightest use to the classes for whom I have brought it out, I shall find my time, labor and expense amply rewarded.

In conclusion, I have to thank my pupil, Guru Gobindo Sen. L. M. S. (since deceased) for the kind aid and help, which he rendered me in getting the work through the press.

1 st. June 1885.
1. Lal Madhub Mookerjee's Lane,
Calcutta.

Lal Madhub Mookerjee.

OPINIONS OF THE PRESS.

---o---

সম্প্রতি বিদ্যোৎসাহী দেশহিতৈষী সূক্ষ্মদর্শী ডাক্তার শ্রীযুক্ত বাবু লালমাধব মুখোপাধ্যায় মহাশয় "ডিজীজেজ্ অফ্ দি আই" বা শালাক্য তন্ত্র বিষয়ক এক খানি অত্যুৎকৃষ্ট পুস্তকের প্রথম খণ্ড প্রচার করিয়াছেন। ইতিপূর্ব্বে শ্রীযুক্ত বাবু কৃষ্ণধন ঘোষ ডাক্তার মহাশয় এই বিষয়ে একখানি পুস্তক প্রচার করিযাছিলেন বটে; কিন্তু তাহা অতি ক্ষুদ্র ও কেবল নামের পুস্তক মাত্র হইয়াছিল। তদ্দ্বারা চিকিৎসকদিগের কিছুমাত্রও উপকার সাধিত হয় নাই। কিন্তু লালমাধব বাবু যে পুস্তক প্রকাশ করিয়াছেন, তাহাতে ইংরাজী ভাষানভিজ্ঞ বঙ্গদেশীয় চিকিৎসকদিগের যথেষ্ট উপকার হইবে তদ্বিষয়ে কোন সন্দেহ নাই। বঙ্গদেশীয় চিকিৎসা শাস্ত্রের বর্ত্তমান অভ্যুদয়ের সময়ে অনুবাদিত গ্রন্থে, ভাষার যতদূর লালিত্য প্রত্যাশা করা যায়, লালমাধব বাবুর পুস্তকে তাহা বিশেষরূপ রক্ষিত হইয়াছে। ইতিপূর্ব্বে যে সকল ডাক্তার মহাশয়েরা গ্রন্থ রচনা করিয়াছেন, তন্মধ্যে মৃত মধুসূদন গুপ্ত মহাশয় ভিন্ন অপর কেহই দেশীয় আয়ুর্ব্বেদ শাস্ত্র পরিজ্ঞাত ছিলেন না। সুতরাং তাঁহাদের দ্বারা পারিভাষিক নাম সকলের অনুবাদ নির্দ্দোষরূপে হওয়া সম্ভাবিত নহে। তাঁহারা কেবল সংস্কৃত শব্দ শাস্ত্রের সাহায্যে ইংরাজী শব্দের ধাত্বর্থ বোধে পারিভাষিক নাম সকল সংগ্রহ করিয়াছেন। আয়ুর্ব্বেদের মধ্যে যে সকল পারিভাষিক সংজ্ঞা পুনঃ পুনঃ উল্লিখিত আছে, তাঁহারা, তৎসমুদয়ই অপরিজ্ঞাত ছিলেন বলিয়া সেই সকল শব্দ স্বকপোল কল্পিত করিয়া ব্যবহার করিয়াছেন।

* * * * * * *

বর্ত্তমান পুস্তক প্রণেতা লালমাধব বাবুর পুস্তকে তাহার কয়েকটী ভ্রম সংশোধিত হইয়াছে দেখিয়া আমি যৎপরোনাস্তি আনন্দিত হইলাম। পূর্ব্ব পূর্ব্ব অনুবাদকেরা ইংরাজী প্যাথলজী এই শব্দকে বাঙ্গালাতে নিদান বা নিদানতত্ত্ব বলিয়া উল্লেখ করিয়াছেন। কিন্তু উহা যে কতদূর ভ্রম ও দূষিত

তাহা ইংরাজী বিজ্ঞান শাস্ত্র ও আয়ুর্ব্বেদবিৎ ব্যক্তিমাত্রই সহজে বুঝিতে পারেন। কারণ আয়ুর্ব্বেদ শাস্ত্রে নিদান শব্দের অর্থ কারণ বলিয়া ব্যবহৃত হইয়া আসিতেছে যথা———

নিমিত্তং হেতুরায়তনং প্রত্যয়োত্থানকারণং নিদানমিত্যনর্থান্তরম।,, চরকঃ।

"নিমিত্তং হেত্বায়তন প্রত্যয়োত্থান কারণৈঃ নিদানমাহুঃ—পর্য্যায়ৈঃ।,, মাধবকরঃ।—অর্থাৎ নিদান শব্দের অপর নাম নিমিত্ত হেতু আয়তন প্রত্যয়, উত্থান ও কারণ।

মহাকবি কালিদাসও নিদান শব্দকে কারণ বাচক বলিয়া ব্যবহার করিয়াছেন। যথা।

নিদানমিক্ষ্বাকুকুলস্য সন্ততেঃ
সুদক্ষিণা দৌহৃদ লক্ষণং দধৌ॥

অর্থাৎ সুদক্ষিণা ইক্ষ্বাকু কুলের সন্ততির কারণভূত গর্ভ লক্ষণ ধারণ করিলেন।

এতদ্ভিন্ন অপরাপর কোন কোন স্থলে নিদান শব্দ নিশ্চয়ার্থেও ব্যবহৃত হয়।

কারণ ও নিশ্চয় এই শব্দ দ্বয় কখনই প্যাথলজি এই ইংরাজী শব্দের সদৃশসংজ্ঞক নহে। ইহা, যাঁহারা প্যাথলজী এই শব্দের প্রকৃত অর্থই জানেন, তাঁহারা বিশেষরূপ বুঝিতে পারিতেছেন। অতএব প্যাথলজী শব্দের অর্থ বাঙ্গালায় নিদান ইহা কখনই হইতে পারে না। লালমাধব বাবু স্বীয় অভিনব গ্রন্থে ঐ শব্দটীকে বাঙ্গালায় সংপ্রাপ্তি এই সংজ্ঞায় আখ্যাত করিয়া স্বকীয় বিশেষরূপ দূরদর্শিতা ও পাণ্ডিত্যের পরিচয় দিয়াছেন। এতদ্ভিন্ন তাঁহার পুস্তকখানি মহানুভব ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেবের ইংরাজী পুস্তকের অবিকল অনুবাদ হইয়াছে। এই পুস্তক পাঠ করিয়া ইংরাজী ভাষানভিজ্ঞ ইউরোপীয় মতাবলম্বী চিকিৎসকদিগের যে কতদূর উপকার হইবে তাহা বর্ণনাতীত। লালমাধব বাবু এই দুঃসাধ্য কার্য্য করিয়া সকলের নিকট যে অসীম ধন্যবাদ ভাজন হইবেন, তদ্বিষয়ে আর সন্দেহ নাই।.....................সোমপ্রকাশ।

"It appears that at the present time there are some 1400 students attending the classes of the Calcutta Medical College, and that they are divided into two sections The first go through a course of five year's study, and are taught the science and practice of their profession in English. The second class, not being versed in that language, are taught in the vernacular dialects of the country, and it is for the benefit of these students that Baboo Lal Madhub Mookerjee has translated Mr. Macnamara's Manual on Diseases of the Eye into Bengali. We believe that under similar circumstances this work has also been translated into Japanese by Mr. Sloan, and we have no doubt that, on the whole, it is wise to render standard manuals on subjects of this kind into the vernacular languages rather than attempt to compile books for the use of native students."

* * * * * * *

"Let men who want employment set themselves to honest good work, such as Baboo Lal Madhub Mookerjee has done, and we can assure them that in the long run they will find it not only pays, but will bring them infinitely greater satisfaction * * * * *"

"We can only hope our author's appeal to the Government of Bengal to endeavour to raise the standard of the vernacular medical education among the natives of India will gain a hearty response, and that his work may meet with the encouragement it deserves" .... *Lancet,*

"The Translator has bestowed great labor upon his work and deserves credit for the manner in which he has executed it. We have compared the Bengali translation with the English text and are satisfied that it will make a useful manual for those, who study English medicine through the medium of the Bengali language. We are glad to learn that the author has been appointed ophthalmic teacher in the Campbell Medical School, an appointment newly created by Government"............... ....*Hindu Patriot.*

সূচীপত্র।

প্রথম ভাগ।

প্রথম অধ্যায়।

চক্ষুর নির্ম্মাণ ও দৃষ্টি কৌশল।

অর্বিটো অকিউলারশিথ্—স্ক্লেরটিক্—অপ্টিক্ নার্ভ—কনজংটাইভা—কর্ণিয়া—কোরইড্—আইরিস্—রেটিনা—ম্যাকিউলা লিউটিয়া—ল্যামিনা ক্রিব্রোসা—লেন্সের সস্পেন্সরি লিগামেণ্ট্—হায়েলইড্—ভিট্রিয়স্ হিউমার্—লেন্স্—সিলিয়ারী পেশী—অক্ষিপুট—য্যাক্‌মোডেসন্।.................... (পৃ ১ ২৫)

দ্বিতীয় অধ্যায়।

অক্ষি পরীক্ষা।

রোগীর চক্ষু ও দৃষ্টি পরীক্ষা করিবার রীতি—অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র—অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের মৌলিক নিয়ম ও ব্যবহার—অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা সুস্থ চক্ষুর পরিদর্শন।
.... (পৃ ২৬ ৫৬)

তৃতীয় অধ্যায়।

অক্ষিকোটরের রোগাবলি।

অক্ষিকোটরের অপায় সকল—তত্রত্য অস্থি সকলের রোগাবলি—কৌষিক বিধানের প্রদাহ—অক্ষিকোটরের গ্রন্থি ও অর্ব্বুদ সকল—অক্ষিগোলকের স্থান চ্যুতি—অক্ষিগোলক নিষ্কাশন—অশ্রুগ্রন্থির রোগাবলি।.........(পৃ ৫৭-১০৬)

চতুর্থ অধ্যায়।

অক্ষিপুটের রোগাবলি।

আঘাত এবং অপায়—প্রদাহ—ক্ষত—অর্ব্বুদ—পক্ষাঘাত—পুটমুদ্রণ—অক্ষিপুট এবং পক্ষ্মের অবস্থান বৈপরীত্য—এণ্ট্রোপিয়ম বা অতি বিপর্য্যস্তাক্ষিপুট—এক্ট্রোপিয়ম্ বা বিপর্য্যস্তাক্ষিপুট—বক্রপক্ষ্ম—সংযোগ—স্ফীতি—বায়ুস্ফীতি—অঞ্জনিকা—টিনিয়া সিলিয়েরিস্—মৎকুণ—হার্পিস্—ক্রম-হাইড্রোসিস্।...
....(পৃ ১০৭-১৬৬)

CONTENTS.

PART I.

CHAPTER I.

ANATOMY OF THE EYE.

Orbito ocular sheath—Sclerotic—Optic nerve—Conjunctiva—Cornea —Choroid—Iris—Retina—Macula lutea—Lamina cribrosa—Suspensary ligament of the lens——Hyaloid—Vitreous humour—Lens—Ciliary muscle—Eyelids—Accommodation................[p 1-25]

CHAPTER II.

EXAMINATION OF THE EYE.

Methods employed in examining the eye, and testing the patient's Vision—The Ophthalmoscope: its principle and use—Ophthalmoscopic appearances of the healthy eye ....[p 26-56]

CHAPTER III.

DISEASES OF THE ORBIT.

Injuries of the orbit—Diseases of the bones—Inflammation of the cellular tissue—Orbital growths and tumours—Dislocation of the globe of the eye—Extirpation of the eye ball—Diseases of the lachrymal gland.......................................[p. 57-106]

CHAPTER IV.

DISEASES OF THE EYELIDS.

Wounds and injuries—Inflammation—Ulceration—Tumours—Paralysis—Spasm—Abnormal position of eyelids and eyelashes—Entropium—Ectropium—Trichiasis—Adhesions—Œdema—Emphysema—Styes—Tineaciliaris—Lice—Herpes—Chrom-hydrosis..[p 107-166]

পঞ্চম অধ্যায়।

অশ্রুপথ সকলের রোগ সমূহ।

অশ্রু প্রণালীর স্থানাপসরণ ও অবরোধ—অশ্রুথলির প্রদাহ—নাসা প্রণালীর অবরোধ—অশ্রুগ্রন্থির রস নির্গমের বিশৃঙ্খলা—সজল নেত্র—ল্যাক্রিম্যাল্ সিষ্ট এবং অশ্রুগ্রন্থির নালী।............................(পৃ১৬৭-১৮৭)

ষষ্ঠ অধ্যায়।

স্ক্লেরটিকের রোগ সমূহ।

হাইপারীমিয়া অর্থাৎ রক্তাধিক্য—এপিস্ক্লেরাইটিস্—ক্ষত—স্ক্লেরোকোরইডাইটিস্ য়্যান্টিরিয়র্—আঘাত এবং অপায—অর্ব্বুদ সমূহ।......(পৃ ১৮৮-২০০)

দ্বিতীয় ভাগ।

——o——

সপ্তম অধ্যায়।

কন্‌জংটাইভার রোগ সমূহ।

হাইপারীমিক্—মিউকো-পিউরিউলেন্ট্—পিউরিউলেন্ট—ডিফ্‌থারিটিক্——গ্র্যানিউলার—পংষ্টিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্—অপায়গ্রস্ত কন্‌জংটাইভা—হাইপারট্রফি বা বিবৃদ্ধি এবং য়্যাট্রফি বা হ্রাস—টেরিজিয়ম্—রিল্যাক্‌সেশন্ বা শিথিলতা—কন্‌জংটাইভাতে রস ও রক্তোৎপ্রবেশ—কন্‌জংটাইভার অর্ব্বুদ সমূহ— ক্যারঙ্কলের পীড়া।......................................(পৃ ১-৯৩)

অষ্টম অধ্যায়।

কর্ণিয়ার রোগ সমূহ।

সাধারণ সংপ্রাপ্তি—রক্তবহানাড়ীসম্বন্ধীয় অস্বচ্ছতা—কর্ণিয়ারপ্রদাহ—কেরাটাইটিস্ পংটেটা—প্রবল পূয়োৎপাদক কেরাটাইটিস্—নাতি প্রবল—ক্ষত—হার্ণিয়া— ষ্ট্যাফিলোমা— নালী——অস্বচ্ছতা—সূচোবৎকর্ণিয়া—কর্ণিয়ার স্বচ্ছ ও মণ্ডলাকার বহিবর্দ্ধন—কর্ণিয়ার অপায়চয়—য়্যাব্রেশন্ বা ঘৃষ্টত্বক্—নিষ্পেষণ—বিদারিতাঘাত—বাহ্যপদার্থ—আর্কস্ সিনাইলিস্ বা ধনুর্ব্বৃদ্ধ।...
....(পৃ ৯৪-১৬৮)

CHAPTER V.

DISEASES OF THE LACHRYMAL PASSAGES.

Displacement and obstructions of the puncta and canaliculi—Inflammation of the sac—Obstruction of the nasal duct—Defective secretion of lachrymal gland–Epiphora—Lachrymal cysts and fistula [p 167-187]

CHAPTER VI.

DISEASES OF THE SCLEROTIC.

Hyperæmia—Episcleritis—Ulceration—Sclero choroiditis anterior—Wounds and Injuries—Tumours.................. ..... [p 188-200]

PART II.

—o—

CHAPTER VII.

DISEASES OF THE CONJUNCTIVA.

Hyperæmic—Muco purulent—Purulent—Diphtheritic—Granular——Pustular conjunctivitis——Injuries of the conjunctiva—Hypertrophy and atrophy—Pterygium—Relaxation—Serous and bloody effusions into the conjunctiva—Tumours of the conjunctiva—Diseases of the caruncle ....[p 1-93]

CHAPTER VIII.

DISEASES OF THE CORNEA

General pathology—Vascular opacity—Keratitis—Keratitis punctata——Acute suppurative keratitis—Sub-acute—Ulceration—Hernia—Staphyloma—Fistula—Opacities—Conical cornea—Spherical, pellucid protrusion of cornea—Injuries of the cornea—Abrasions—Contusions—Penetrating wounds—Foreign bodies—Arcus senilis.. [p 94-168.]

তৃতীয় ভাগ।

নবম অধ্যায়।

আইরিসের রোগ সমূহ।

হাইপারীমিয়া বা রক্তাধিক্য—প্ল্যাষ্টিক্, সিরস্, প্যারাঙ্কাইমেটস্ আইরাইটিস্-চিকিৎসা—সাইনিকিয়া—ট্রম্যাটিক্ আইরাইটিস্—আইরিসের অপায় সমূহ——সংযোগচ্যুতি—অর্ব্বুদ সমূহ—মাইড্রিয়্যাসিস্—মাইওসিস্—ট্রেমিউলস্ আইরিস্—হিপ্পস্—কৃত্রিম কনীনিকা—আইরিস্ কর্ত্তন——ইরিডেসিস্—ইরিডেক্টমী——য়্যাকুয়সের পরিবর্ত্তন—সম্মুখবর্ত্তী কুঠারে শৈল্য——ইরিডো-কোরইডাইটিস্। ....(পৃ ১-৮১)

দশম অধ্যায়।

কোরইডের রোগ সমূহ।

হাইপারীমিয়া বা রক্তাধিক্য—কোরইডাইটিস্ ডিসিমিনেটা—কোরইডাইটিস্ ডিফিউজা—সাপুরেটিভ্ কোরইডাইটিস্—রক্ত সংঘাত—য়্যাট্রফি—গ্লকোমা—পোষ্টীরিয়র ষ্ট্যাফিলোমা—টিউবার্কল—আঘাত এবং অপায—সংযোগ চ্যুতি—সমবেদন বশতঃ উত্তেজনা—অর্ব্বুদ সকল। .... (পৃ ৮২-১১৭)

একাদশ অধ্যায়।

রেটিনা, ইল্যাষ্টিক্ ল্যামিনা ও অপ্টিক্ নার্ভের রোগ সমূহ।

হাইপারীমিয়া—রেটিনাইটিস্—হেমরেহেজ্—নিফ্র্যাইটিক্ রেটিনাইটিস্—রেটিনাইটিস্ পিগ্মেন্টোসা——রেটিনাইটিস্ য়্যাপপ্লেক্টিকা——সংযোগ চ্যুতি—রেটিনার অন্তর্গত নাড়ীর এম্বোলিয়া—ইস্কিমিয়া— রেটিনার ক্ষয়—রেটিনার অর্ব্বুদ—রাত্র্যান্ধতা—তুষারান্ধতা—বর্ণান্ধতা——হেমিওপিয়া বা অর্দ্ধদৃষ্টি—স্কোটোমা—ইল্যাষ্টিক্ ল্যামিনার পীড়া সমূহ—অপ্টিক্ প্যাপিলার রক্তাধিক্য—দর্শন স্নায়ুতে রক্তস্রাব—দর্শন স্নায়ুর প্রদাহ—অপ্টিক্ প্যাপিলার শুষ্কতা—এম্লিওপিয়া—য়্যামরোসিস্।... ....,...... ...(পৃ ১১৮-২১৬)

PART III.

CHAPTER IX.

DISEASES OF THE IRIS.

Hyperæmia—Plastic, serous, parenchymatous Iritis——Treatment—Corelysis in Synechia—Traumatic Iritis—Wounds of the Iris—Detachment—Tumours—Mydriasis—Myosis——Tremulous Iris—Hippus—Artificial pupil—Excision of Iris—Iridesis—Irideotomy—Changes in the Aqueous—Foreign bodies in the Anterior Chamber—Irido-choroiditis. .... [p. 1-81]

CHAPTER X.

DISEASES OF THE CHOROID.

Hyperæmia—Choroiditis disseminata—Choroiditis diffusa—Suppurative choroiditis——Extravasation of blood—Atrophy ——Glaucoma—Posterior Staphyloma—Tubercle—Wounds and injuries of the choroid—Detachment—Sympathetic irritation—Tumours.........[p. 82-117]

CHAPTER XI.

DISEASES OF THE RETINA, ELASTIC LAMINA, AND OPTIC NERVE.

Hyperæmia of the Retina—Retinitis—Hæmorrhage—Nephritic Retinitis—Retinitis pigmentosa——Retinitis apoplectica——Detachment—Embolia—Ischæmia—Atrophy—Glioma of the Retina—Hemeralopia—Snow blindness——Colour blindness——Hemiopia——Scotoma—Diseases of the elastic lamina——Hyperæmia of the optic papilla——Apoplexy——Optic neuritis——Atrophy of the papilla——Amblyopia——Amaurosis.......... ....[p. 118-216]

দ্বাদশ অধ্যায়।

ভিট্রিয়সের রোগ সমূহ।

ভিট্রিয়সের প্রদাহ— ম্যাসি বা দৃষ্টির বিহ্বলতা—অস্বচ্ছতা— সিফিলিটিক্ ও ম্যানিসিক্—ফিলম্——ভিট্রিয়সের তরলতা——স্পার্ক্লিংসিনকাইসিস্—রক্তস্রাব—এন্টোজোয়া বা কৃমি—ফরেণবডিজ্ বা শৈল্য।...(পৃ ২১৭-২৩১)

ত্রয়োদশ অধ্যায়।

লেন্স্ অর্থাৎ অক্ষি মুকুরের রোগ সমূহ।

আভিঘাতিক ক্যাটার‍্যাক্ট্—লেন্স্ সম্বন্ধীয় ক্যাটার‍্যাক্ট্—কোমল, কর্টিক্যাল্, বার্দ্ধক্য জনিত ক্যাটার‍্যাক্ট্—চিকিৎসা—উদ্যোগ—শস্ত্রক্রিয়া—ক্ষত—ফ্লাপ্ প্রক্রিয়ার দ্বারা লেন্স্ নিষ্কাশন উহার প্রকারান্তর—লিনিয়ার এক্‌ষ্ট্র্যাক্‌সন্—ট্র্যাক্সন্ অপারেসন্—মডিফাইড্ লিনিয়ার এক্‌ষ্ট্র্যাক্‌সন্——ইরিডেক্টমী ভিন্ন লিনিয়ার এক্সট্র্যাক্‌সন্——শস্ত্রক্রিয়া মনোনীত করণ——ক্যাপসিউলার্ ক্যাটার‍্যাক্ট্—ট্রম্যাটিক্ ক্যাটার‍্যাক্ট্—লেন্সের স্থান চ্যুতি।...(পৃ ২৩২-২৮৬)

চতুর্দ্দশ অধ্যায়।

পেশীর পক্ষাঘাত বা ষ্ট্র্যাবিসমাস্।

পেশীর ক্রিয়াভাব ও ক্রিয়া—দ্বিদর্শন—টেরা দৃষ্টির মুখ্য ও গৌণ কোণ—পক্ষাঘাত—কারণ—চিকিৎসা—পেশীর কুঞ্চন——ষ্ট্র্যাবিস্মাস্—সংপ্রাপ্তি—কন্‌ভার্জেণ্ট—ডাইভার্জেণ্ট্—লক্ষণ— চিকিৎসা—নিষ্ট্যাগ্‌মস্। (পৃ ২৮৭-৩১২)

পঞ্চদশ অধ্যায়।

রিফ্র্যাক্‌সন্ বা আলোক বক্রকারিণী শক্তি ও য়্যাকমোডেসন্ বা সুস্থাপন ক্রিয়ার দোষ সমূহ।

সাধারণ বিবেচ্য বিষয়—চস্মার লেন্সের সংখ্যা করণ—এম্মিট্রোপিয়া এবং এমেট্রোপিয়া—হাইপার্‌মিট্রোপিয়া—স্থিরীকরণের উপায়—চিকিৎসা—সিলিয়ারী পেশীর কুঞ্চন—ষ্ট্র্যাবিস্মাস্—মাইওপিয়া—লক্ষণ—চিকিৎসা—প্রেস্‌বাইওপিয়া—লক্ষণ—ভাবীফল——জটিলতা—চিকিৎসা—অ্যাষ্টিগ্‌মেটিজম্—কারণ—লক্ষণ—ভাবীফল—চিকিৎসা।.................... (পৃ ৩১৩-৩৫৩)

CHAPTER XII.

DISEASES OF THE VITREOUS.

Hyalitis—Muscæ—Opacity; syphilitic and anæmic—Films——Fluid-Vitreous—— Sparkling synchysis—— Hæmorrhage —— Entozoa——Foreign bodies.................................[p. 217-231]

CHAPTER XIII.

DISEASES OF THE LENS.

Pathology of Cataract——Lenticular Cataracts——Soft——Cortical——Hard——Treatment——Preparation of Patient——Operation—Depression—Solution——Flap Extraction——Modification——Linear Extraction—Traction Operation——Modified Linear Extraction——Linear Extraction without Iridectomy——Choice of an Operation——Capsular Cataract———Traumatic Cataract——— Dislocation of the Lens...[p. 232-286]

CHAPTER XIV.

PARALYSIS OF THE MUSCLES OF THE EYE—STRABISMUS

Innervation and Action of Muscles——Diplopia——Direct—Crossed Angles of Squinting——Paralysis——Causes of——Treatment——Shortening of Muscles——Strabismus——Pathology——Convergent——Divergent——Symptoms—Treatment—Nystagmus..[p. 287-312]

CHAPTER XV.

ERRORS OF REFRACTION AND ACCOMMODATION OF THE EYE,

General Considerations—Numeration of Spectacle Lenses—Emmetropia and Ametropia——Hypermetropia——Method of Detecting——Treatment——Spasm of Ciliary Muscle——Strabismus——Myopia—Symptoms——Treatment——Presbyopia—— Symptoms— Diagnosis—Complications——Treatment—— Astigmatism—— Causes—Symptoms——Diagnosis——Treatment.................................. [p. 313-353]

চক্ষুর আকৃতি। *

মানব চক্ষুকে দ্বিধাচ্ছেদ করিবা এই আকৃতি প্রস্তুত হইয়াছে।

S. স্ক্লেরটিক্ (Sclerotic) ইহা সম্মুখে কর্ণিয়া পর্য্যন্ত বিস্তৃত।

D. কর্ণিয়া (Cornea)

N. কর্ণিয়ার ইপিথিলীয়্যাল স্তর (Epithelial layer of cornea)

C. কোরইড্ (Choroid,)

I, আইরিস্ (Iris)

CP. সিলিয়ারী প্রোসেসেস্ (Ciliary processes)

CM. সিলিয়ারী মস্‌ল্‌ (Ciliary muscle)

E. সার্কুলার সাইনস্ (Circular signs)

R. রেটিনা (Retina)

M. ম্যাকিউলা লিউটিয়া (Macula lutea)

O. অপ্টিক্ ডিস্ক্ (Optic disc)

SL. লেন্সের সস্পেন্সরি লিগামেন্ট (Suspensory ligament of the lens)

H. হায়েলইড্ (Hyaloid)

P. কেনাল্ অফ্ পিটিট্ (Canal of Petit)

V. ভিট্রিয়স্ (Vitreous)

Q. পোষ্টিরিয়র চেম্বার (Posterior Chamber)

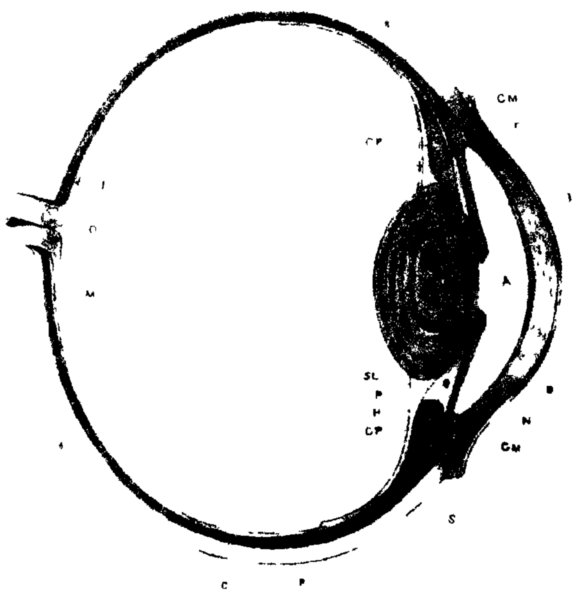
A. য্যান্টিরিয়র চেম্বার্ (Anterior Chamber)

L. লেন্স্ (Lens)

---

* পর পৃষ্ঠায় ১ নং প্রতিকৃতি দেখ।

PLATE I



Lith by Day & Cousin

অক্ষিতত্ত্ব।

প্রথম অধ্যায়।

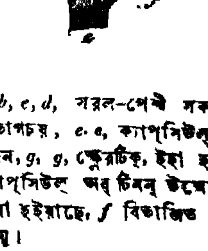
চক্ষুর নির্ম্মাণ ও দৃষ্টি-কৌশল।

চক্ষুর নির্ম্মাণ।

অর্বিটো-অকিউলার্ শিথ্ (ORBITO OCULAR SHEATH) বা অক্ষি-জাল।

অক্ষিগোলক একটি সূত্রময় জালদ্বারা আবৃত থাকে। অক্ষিকোটরের এপেক্স উক্ত জালের প্রারম্ভ স্থল। উহা তথায় অপ্‌টিক্ নার্ভ্ বা দর্শন-স্নায়ুকে ক্রমে সংবেষ্টন করত, সম্মুখদিকে আগমন করে ও পরিশেষে কর্ণিযার প্রান্তহইতে দুই এক মানরেখা (Line) অন্তরে স্ক্লেরটিকের সহিত মিলিত হয। এই জালকে ইংরাজী ভাষায় অর্বিটো-অকিউলার শিথ্ বা ক্যাপ্‌সিউল্ অব্ টিনন্ (Capsule of Tenon) কহে; বাঙ্গালা ভাষায় উহাকে অক্ষি-জাল শব্দে নির্দ্দেশ করা গেল। উহা, আক্ষিক নিরক্ষবৃত্তের নিকট, তির্য্যক পেশী (অব্লিকি মস্‌লস্ Obliqui muscles) সকলের টেণ্ডন্ এবং সম্মুখে সরল-পেশী সকলের (রেক্‌টাই মস্‌লস্ Recti muscles) টেণ্ডন্ দ্বারা বিদ্ধ হইয়া, তাহাদের সহিত মিলিত থাকে। প্রথম প্রতিকৃতি দেখিলেই এই বিষয় স্পষ্টরূপ বুঝিতে পারা যাইবে।

১ম প্রতিকৃতি।



a, *b*, *c*, *d*, সরল-পেশী সকলের বিভাগচয়, *e. e*, ক্যাপ্‌সিউল্ অব্ টিনন, *g*, *g*, স্ক্লেরটিক্, ইহা হইতে ক্যাপ্‌সিউল্ অব্ টিনন্ উন্মোচিত করা হইয়াছে, *f* বিভাজিত দর্শন স্নায়ু।

এইরূপ ঘটনা হওয়াতে, যেমন উর্দ্ধাস্থি-মস্তক নিতম্বাস্থি খাতে (Acetabulum) বিঘূর্ণিত হয়, সেইরূপ অক্ষিগোলকের পশ্চাৎ প্রদেশ, উক্ত অর্বিটো-অকিউলার্ ক্যাপসিউলের সম্মুখ প্রদেশের উপর ভ্রামিত হইয়া থাকে। উক্ত পরিভ্রামণ স্নৈহিক ঝিল্লী (সিরস্ মেম্ব্রেণ্ Serous membrane) সদৃশ এক প্রকার ফিলামেণ্টস্ টিস্থ (Filamentous tissue) বা সৌত্রিক বিধান থাকায় অনায়াসে নির্ব্বাহিত হয়। কোন আভিঘাতিক ঘটনাক্রমে উক্ত সংযোগের কোন পরিবর্ত্তন ঘটিলে, চক্ষু কোটর হইতে বহির্গত হইয়া আসিতে পারে, এবং চক্ষুর এক প্রকার স্থান-চ্যুতিও ঘটিয়া থাকে। অক্ষিগোলক নিষ্কাশন করিবার সময়ে উল্লিখিত সৌত্রিকবিধানের ব্যবধান যাহাতে বিদ্ধ হইতে না পারে, এরূপ সাবধান হইলে শস্ত্রপ্রক্রিয়া দ্বারা তাদৃশ অনিষ্ট সংঘটন হইতে পারে না। কিন্তু ঐ ব্যবধান বিদ্ধ হইলে অক্ষিকোটরের কোমলাংশ সকলে প্রদাহ (Inflammation) ও পূয় (Suppuration) উৎপন্ন হইয়া, করোটিগহ্বরের (Cranial cavity) অভ্যন্তর পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে।

ক্যাপসিউল্ অব্ টিননের সহিত সরলপেশী সমূহের কণ্ডরা সকলের পরস্পর সংযোগ থাকার উপকারিতা দ্বি-দৃষ্টি (ডিপ্লোপিয়া) রোগোপশমার্থে, যখন উক্ত কণ্ডরা সকল কর্ত্তন করিতে হয়, তখন বিশেষ উপলব্ধ হইয়া থাকে। ফলতঃ ইহা স্পষ্টই প্রতীয়মান হইতেছে যে, সরলপেশীগুলির কণ্ডরাসকল স্ক্লেরটিকের যে যে অংশে সংলগ্ন থাকে, যদ্যপি সেই সেই অংশের নিকটে উক্ত টেণ্ডনগুলিকে কর্ত্তন করা যায়, তাহা হইলে, ক্যাপসিউল্ অব্ টিননের সহিত সংযুক্ত পেশীর অন্যান্য বর্দ্ধিত সূত্রগুলি অবিভক্ত থাকায় তাহাদের সংকোচনের বাধা হয়, উহারা পশ্চাতে অধিক যাইতে পারে না। সুতরাং সরলপেশীর বিভাজিত প্রান্তভাগ স্ক্লেরটিকের সহিত যে স্থানে সংলগ্ন ছিল, তাহার অনতিদূরে সংযুক্ত থাকে। অপাঙ্গ দৃষ্টি (Strabismus) রোগোপশমার্থে শস্ত্র-চিকিৎসাকালে সর্ব্বাগ্রে এই বিষয় অনুধাবন করা কর্ত্তব্য।

সাবধান পূর্ব্বক অক্ষিগোলককে সমুদয় সংযোগ-চ্যুত করিলে উহা প্রায় মণ্ডলাকার দৃষ্ট হয়। কর্ণিয়া একটী ক্ষুদ্রতর বৃত্তের অংশ বলিয়া, উহা

অন্যান্য অংশাপেক্ষা সমধিক স্থূল। সকল ব্যক্তির অক্ষিগোলকের আকার সমান হয় না; উহার মধ্যবিধ ব্যাসরেখা প্রায় ১ ইঞ্চি।

স্ক্লেরটিক্ (SCLEROTIC.)

অক্ষিগোলক যে যে আবরণ দ্বারা প্রকৃত রূপে আবৃত, তন্মধ্যে স্ক্লেরটিকই সর্ব্বাপেক্ষা বহিঃস্থিত। ইহা ঘন, অস্বচ্ছ ও সূত্রময় আবরণ বলিয়া, মধ্যবর্ত্তী কোমলবিধান সকলের আকৃতি রক্ষার কারণ এবং অবলম্বন স্বরূপ হইয়া থাকে। সম্মুখদিকে ইহা কর্ণিয়া নামে খ্যাত এবং সেই স্থানে ইহার নির্ম্মাণের এরূপ পরিবর্ত্তন হইযাছে, যে উহা স্বচ্ছতা প্রাপ্ত হয এবং তজ্জন্য চক্ষুর মধ্যে আলোক প্রবেশ করিতে দেয়। পশ্চাদ্দিক্ হইতে দর্শন-স্নায়ু (অপ্‌টিক্ নার্ভ্,) সিলিয়ারী নাড়ী ও স্নায়ু সকল আসিযা এই স্ক্লেরটিককে বিদ্ধ করিতেছে। ইহা পশ্চাদ্ভাগে অতিশয় স্থূল, এই স্থানে উহা রেটিনার সমান দূর বিস্তৃত তথা হইতে সম্মুখদিগে যতই অগ্রসর হইতেছে, ততই সূক্ষ্মতায পরিণত হয। এবং পরিশেষে কর্ণিযার কিয়দ্দূরে আবার ক্রমশঃ স্থূলভাব ধারণ করে। কারণ এই স্থানেই ক্যাপ্‌সিউল অব্ টিনন্ স্ক্লেরটিকের সহিত মিলিত হয়। অপিচ যেখানে সরল-পেশী ও তির্য্যক্-পেশী সকল আসিয়া মিলিত হইতেছে, তাহার অব্যবহিত পশ্চাতে উহা সর্ব্বাপেক্ষা পাতলা। স্ক্লেরটিকের বাহ্যপ্রদেশ ক্যাপসিউল্ অব্ টিননের সহিত, এবং অভ্যন্তরপ্রদেশের সম্মুখভাগ, সিলিযারী-পেশীর সহিত ও পশ্চাদ্ভাগে কোরইডের সহিত মিলিত আছে।

অপ্‌টিক্‌নার্ভ্ (OPTIC NERVE.)

অপ্‌টিক্ নার্ভকে বাঙ্গালা ভাষায় দর্শন-স্নায়ু কহে। এই দর্শন স্নায়ু চক্ষুর য়্যান্টেরো পোষ্টিরিয়র্ য়্যাক্‌সিস্ (Antero-posterior axis) অর্থাৎ সম্মুখ পশ্চাৎ-মেরুর অভ্যন্তরদিকে $\frac{1}{10}$ ইঞ্চি অন্তরে, রেটিনার রক্তবহানাড়ীগুলির (Retinal vessels) সহিত সমবেত হইয়া স্ক্লেরটিকের মধ্য দিয়া গমন করিতেছে। দর্শন-স্নায়ু যে পথ দিযা চক্ষুর অভ্যন্তরে গমন করে, তাহার আকার ফনেল্ অর্থাৎ সূক্ষ্মাগ্র বিশিষ্ট, উহার স্ক্লেরটিকের মধ্যবর্ত্তী পথের বিস্তার অন্তর্দ্দিকে সঙ্কীর্ণ এবং বহির্দ্দিকে অপেক্ষাকৃত কিঞ্চিৎ প্রশস্ত। এই ছিদ্রের উপর-

অসংখ্য (Decussating fibrous bands) ডিকাসেটিং ফাইব্রস্ ব্যাণ্ডস্ অর্থাৎ পরস্পর অবচ্ছেদক-সূত্রময় ঝিল্লী অবস্থিত আছে; তাহা দ্বারাই ল্যামিনা ক্রিব্রোসা (Lamina Cribrossa) অর্থাৎ রন্ধ্রময়-স্তর নির্ম্মিত হয়। ফলতঃ স্ক্লেরটিক্ এই স্থানে দর্শন স্নায়ুর দ্বারা এক ছিদ্রে বিদ্ধ না হইয়া, উহার (Component fascicle) কম্পোনেণ্ট্ ফেসিকল্ অর্থাৎ ঔপাদানিক-স্নায়ু-সূত্রসমূহের প্রবেশার্থে, নানা সংকীর্ণ ছিদ্রে বিদ্ধ হইয়াছে, এইরূপ বলা আরও শুদ্ধ।

দর্শনস্নায়ু একটী ঘন সূত্রময় জাল বা আবরণে আবৃত। উক্ত জালের কিয়দংশ স্ক্লেরটিকে উপস্থিত হইয়া তাহার নির্ম্মাণের সহিত জড়িত হওতঃ, পশ্চাদ্ভাগে তাহার দৃঢ়তা সম্পাদন করিতেছে। অধিকন্তু, যে সকল গুচ্ছদ্বারা স্নায়ু নির্ম্মিত হইয়াছে, তাহারা যেং আবরণ দ্বারা আবৃত আছে, তাহা চক্ষুর অভ্যন্তরে প্রবেশ করিতেছে না। উহারা স্নায়ুর উপাদান পদার্থ ত্যাগ করিয়া ল্যামিনা ক্রিব্রোসার সৌত্রিক জাল এবং স্ক্লেরটিকের অভ্যন্তরস্থ পর্দ্দাতে মিলিত হইতেছে। এই স্থান হইতে উক্ত স্নায়ু পদার্থ, তাহার শ্বেত-পদার্থ বিরহিত হইয়া থাকে।

ডাক্তার ডণ্ডার্স সাহেব স্নায়ুর এই আবরণকে দ্বিস্তর বলিয়া বর্ণনা করিয়াছেন। কিন্তু সেই দুই স্তরের শেষ তুল্যরূপ নহে, অবস্থান ও গমন-নির্দ্দেশ বহিঃস্থ স্তরটির, অপেক্ষাকৃত বৃহৎ। ইহা দর্শন-স্নায়ু যে স্থলে চক্ষুর অভ্যন্তরে প্রবেশ করিতেছে, তথায় তাহাকে পরিত্যাগ করিয়া বহির্দ্দিকে গমন করতঃ স্ক্লেরটিকের সহিত সমবেত হইতেছে। তাহাতে এই স্থলে স্ক্লেরটিকের একটী বহিঃস্থ অতিরিক্ত আবরণ হইতেছে। অন্তরস্থ স্তরটি অপেক্ষাকৃত কোমল, উহা ল্যামিন্যা ক্রিব্রোসা পর্য্যন্ত দর্শন-স্নায়ুর সহিত গমন করিয়া, তথায় তাহার নির্ম্মাণ বিষয়ে সহায়তা করতঃ, বহির্দ্দিগে বক্র হইয়া, স্ক্লের-টিকের অন্তর্ভাগে মিলিত হইতেছে। স্নায়ুর এই দুই আবরণ-স্তর যখন প্রকৃতাবস্থায় থাকে, তখন উহাদের মধ্যে শিথিল-সংযোজক-ঝিল্লীর (Loose connective tissue) এক সূক্ষ্ম পর্দ্দা অবস্থিত হইয়া, উহাদিগকে দৃঢ়রূপে সংলগ্ন করে। উল্লিখিত সাহেব আরও বর্ণনা করেন, যে ষ্ট্যাফিলোমা পোষ্টা-ইকম্ (Staphyloma posticum) রোগপ্রবণ ব্যক্তির উক্ত বহিঃস্থ আবরণ

স্তর ক্রমশঃ অন্তরস্থ-স্তর হইতে পৃথক্ হইয়া অবস্থিত থাকে। ইহাতে উহাদের মধ্যে যথেষ্ট ব্যবধান হয়। শস্ত্র দ্বারা ছেদন করিয়া দেখিলে, এই ব্যবধান একটী ত্রিভুজের ন্যায় বোধ হয়, ও তন্মধ্যে অধিক পরিমাণ কনেক্‌টিব টিস্থ বা সংযোজক বিধান উৎপন্ন হইয়া অবস্থান করে। এইরূপে যখন উক্ত স্থানদ্বয় বিকৃতাবস্থা প্রাপ্ত হয়, তখন অপ্‌টিক ডিস্কের অব্যবহিত চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী স্কেরটিকের স্থানে উক্ত সূক্ষ্ম অন্তরস্থ-স্তর দেখিতে পাওয়া যায়। এই স্তর পূর্ব্বে পশ্চাদ্দিক্ হইতে স্বাভাবিকাবস্থায় যেরূপ অবলম্বন প্রাপ্ত হইত, এক্ষণে তাহা হইতে বহিত হয়। সুতরাং উহা অক্ষি-অভ্যন্তবস্থ-চাপ (**Intra-ocular pressure** ইণ্ট্রা অকিউলাব প্রেসাব) সহ্য কবিতে না পারিয়া শিথিল হওতঃ ষ্টাফিলোমা বোগের উৎপাদন কবে। (৩৩শ প্রতিকৃতি দেখ)।

কনজংটাইভা (Conjunctiva.)

কনজংটাইভা বাস্তবিক এক প্রকাব শ্লৈষ্মিক-ঝিল্লী (মিউকস্ মেম্ব্রেণ) মাত্র। উহার উপবিস্থ স্তব ইপিথিলীয়্যাল্ সেল্‌সের (**Epithelial cells**) দ্বারা নির্ম্মিত। এই ইপিথিলীয়্যাল্ কোষ সকল ভিত্তি-ঝিল্লীব (**Basement membrane** বেস্‌মেণ্ট মেম্ব্রেণ) উপবিভাগে সংস্থাপিত আছে। কৈশিক নাড়ীগুলি উক্ত বেস্‌মেণ্ট মেম্ব্রেণেব নিম্নে অবস্থান করে। কনজংটাইভা অক্ষিপুটাভ্যন্তব আবৃত কবিয়া, পবে অক্ষি-গোলকের সমুদয় সন্মুখভাগ আবৃত করিতেছে। বস্তুতঃ কনজংটাইভাই সর্ব্বপ্রথমে আমাদের দৃষ্ট হয। ইহার যে ভাগ অক্ষিপুটের অন্তর্ভাগে আছে, তাহাকে (**Tarsal or Palpebral**) টার্সাল বা প্যাল্‌পিব্র্যাল্ অর্থাৎ অক্ষিপুটস্থ কনজংটাইভা কহা যায; এবং যে ভাগ অক্ষিগোলকেব সম্মুখোপরি আছে, তাহাকে (**Orbital or Ocular**) অর্বিট্যাল্ বা অকিউলাব্ অর্থাৎ অক্ষিগোলকের কনজংটাইভা কহা যায়। উহা অক্ষিপুট হইতে অক্ষিগোলকে ভাঁজিয়া আসিবার সময়, যে স্থানে উক্ত পুট ও গোলক পরস্পর সংলগ্ন হইতেছে, ঠিক্ সেই স্থানে একটী শিথিল ভাঁজ উৎপন্ন কবে; যাহাকে (**Tarso-orbital-fold**) টার্সো অর্বিট্যাল ফোল্ড কহে। আর নাসা পার্শ্বস্থ অপাঙ্গদেশে উহা আব একটী অধোর্দ্ধ ভাঁজ (**Vertical fold**) ভার্টিক্যাল্

ফোল্ড) উৎপন্ন করে, তাহাকে প্লাইকা সেমিলিউন্যারিস্ (Plica Semilunaris) নামে আখ্যাত করা যায়।

উক্ত প্যাল্পিব্র্যাল্ কন্জংটাইভা সমধিক রক্তবহা-নাড়ী-সম্বলিত ও ঘন। উহার উপবিভাগ বহু সংখ্যক প্যাপিলি (Papillæ) দ্বারা সমুন্নত। এক বা তদধিক সূক্ষ্ম কৈশিক নাড়ীর অন্ত্র (Capillary loops) ও একটি শেষ স্নায়ু-যন্ত্র (Terminal nervous apparatus) সংযোজক বিধান দ্বারা পরিবৃত হইয়া উক্ত প্রত্যেক প্যাপিলাকে নির্ম্মাণ করিতেছে। আর যেরূপ অন্ত্র মধ্যে কতকগুলি বিক্ষিপ্তগ্রন্থি (সলিট্যারী গ্ল্যাণ্ড Solitary gland) আছে, তদ্রূপ উক্ত বেস্মেণ্ট্ মেম্ব্রেণের নিম্নে যে শিথিল-সংযোজক-বিধান আছে, তাহাতেও কতকগুলি বিক্ষিপ্তগ্রন্থি আছে। এতদ্ভিন্ন তথায় অষ্টাদশ কিম্বা বিংশতি সংখ্যক কন্‌গ্লোমারেট্ গ্ল্যাণ্ডের (Conglomerate glands) বা একত্রীভূত গ্রন্থির একটী সারি দৃষ্ট হয়। তাহারা প্রত্যেকেই এক একটি প্রণালী (Ducts) দ্বারা কন্জংটাইভার টার্সো-অর্বিট্যাল ফোল্ডের অনাবৃত উপবিভাগে উন্মুক্ত আছে। ঐ প্রণালী দিয়া যথেষ্ট পরিমাণে জল নিঃসৃত হওয়ায় চক্ষু সতৎসিক্ত থাকে।

আক্ষিক কন্জংটাইভাতে প্যাপিলি দৃষ্ট হয় না। উহা সংযোজক বিধান দ্বারা ক্যাপ্সিউল্ অব টিননের সহিত আবদ্ধ ও সম্মুখদেশে স্ক্লেরটিকের সহিত মিলিত থাকে। ইহাতে উপরিস্থ ও নিম্নস্থ দ্বিবিধ রক্তবহা-নাড়ী-দল সঞ্চালিত হইতেছে। উপরিস্থ নাড়ীগুলি প্যাল্পিব্র্যাল্ ও ল্যাক্রিম্যাল্ ধমনীর শাখা সমূহ হইতে এবং নিম্নস্থ নাড়ীগুলি মস্কিউলার্ ও সিলিয়ারি ধমনী হইতে উৎপন্ন হইয়াছে। উহারা পরস্পর মিলিত হইয়া কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিকে একটী নাড়ীচক্র উৎপাদন করিতেছে। এই নাড়ী-চক্র হইতে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শাখা নির্গত হইয়া, স্ক্লেরটিককে বিদ্ধ করতঃ, আইরিস্ (আলোকাবরণী) ও কোরইডের (কৃষ্ণাবরক) রক্তবহা নাড়ীসকলের সহিত মিলিত হইতেছে। এই নিমিত্ত যখন এই শেষোক্ত বিধানদ্বয়ে অর্থাৎ কৃষ্ণাবরক ও আলোকাবরণীতে রক্তাধিক্য হয়, তখন কর্ণিয়া বেষ্টক নাড়ী-চক্রও (Zone of Vessels) অত্যন্ত স্ফীত ও রক্তপূর্ণ হয়; সুতরাং তাহাতে স্ক্লেরটিক্ জোন্ অব্ ভেসেলস্ বা "শ্বেতাবরকীয়" নাড়ী-চক্র সমুৎপাদিত হয়। এই শ্বেতাবরকীয় নাড়ী-চক্র "আরথ্রিটিক্ রিং" নামেও খ্যাত আছে। চক্ষুর আভ্যন্তরীণ

রক্ত-চালনের কোন বিশৃঙ্খলতা ঘটিলে, কেবল আরথ্রিটিক্ বিং প্রধানতঃ পরিদৃশ্যমান হয়, ইহা আমাদিগকে পুনঃ পুনঃ উল্লেখ করিতে হইবেক।

কন্‌জংটাইভার শিরা সকল হইতে রক্ত মস্কিউলার এবং ল্যাক্রিম্যাল শিরা সকল দ্বারা ক্যাভার্ণস্ সাইনস্ (Cavernous sinus) মধ্যে এবং নেজ্যাল্ আর্চ (Nasal arch) দিয়া মুখমণ্ডলের কোণ-গামী-শিরা (Angular veins) য়্যাঙ্গুলার ভেইন্স্ মধ্যে প্রকাশ করে। সুতরাং কোন কারণ বশতঃ, কোরইডের ভ্যাসা ভর্টিকোসার (Vasa-vorticosa) মধ্য দিয়া চাক্ষুষ শিরাতে (অপথ্যালমিক্ ভেইন্স) শোণিত পরিচালনের কোন বাধা জন্মিলে, কন্‌জংটাইভার শিরা সমূহ দিয়া এক প্রকার আনুষঙ্গিক পরিচালন (Collateral circulation) ঘটিয়া থাকে। গ্লকোমা (Glaucoma) রোগে সচরাচর এইরূপ ঘটনা লক্ষিত হয়। আর উক্ত পরিচালন প্রযুক্ত কোরইডের পুরাতন পীড়া সকলে কন্‌জংটাইভায় কতকগুলি বর্দ্ধিত ও বক্র বাহ্য-রক্তবহা নাড়ী দৃষ্টি গোচর হইয়া থাকে।

কর্ণিয়া (CORNEA.)

কর্ণিয়াকে বাঙ্গালা ভাষায় স্বচ্ছাবরণী শব্দে নির্দ্দেশ করা গেল। কর্ণিয়া স্ক্লেরটিকের রূপান্তর মাত্র। উহা এরূপে নির্ম্মিত, যে কেবল অন্তর্বাহশক্তি (Endosmosis) দ্বারাই পরিপোষণ লাভ করিয়া থাকে। তন্নিমিত্ত ইহাতে রক্তবহা-নাড়ী মণ্ডলের (Vascular system) আর প্রয়োজন হয় না। কারণ উহাতে রক্তবহা-নাড়ী থাকিলে উহার স্বচ্ছতার অনেক ব্যাঘাত জন্মিত। কর্ণিয়ার সকল স্থানই সমান স্থূল; কেবল পরিধিভাগে উহা সুবিধা মত ঢালু থাকায়, তদুপরি স্ক্লেরটিক্ আসিয়া পড়িতেছে বলিয়া, কেবল সেই স্থানই অপেক্ষাকৃত অধিক পাতলা।

কর্ণিয়া তিনটি স্তরে (Laminæ) বিভক্ত। সম্মুখস্তর——যাহাকে কনজংটাইভ্যাল স্তর কহে, তাহা নির্দ্দিষ্ট-নির্ম্মাণ-বিহীন মেম্ব্রেণ বলিয়া প্রতীয়মান হয়। উহার সম্মুখপ্রদেশ ইপিথিলীয়্যাল্ সেলের কতকগুলি স্তর দ্বারা আবৃত আছে। পশ্চাদ্দিকে উহা হইতে কতকগুলি প্রবর্দ্ধন অভ্যন্তর দিকে গমন করিয়া, পশ্চাৎবর্ত্তী স্তরের সৌত্রিক বিধানের সহিত মিশ্রিত হইতেছে। মধ্য

স্তরই কর্ণিয়ার প্রধান ভাগ। উহার সৌত্রিক বিধানোপাদন সকল উপর্য্যুপরি বহুতর স্তরে সন্নিবিষ্ট। যাহাহউক, এই সকল পরস্পর সংস্পর্শী স্তর মধ্যে বিলক্ষণ যোগাযোগ থাকায়, উহারা দৃঢ় সম্বন্ধে আবদ্ধ আছে। উক্ত সৌত্রিক বিধানোপাদান এবং স্তর সকলের মধ্যে অসংখ্য ব্যবধান-স্থানও আছে। অপিচ উহার অধিকাংশ ব্যবধানে আয়ত নিউক্লিয়স্ (Neucleus) অবস্থান করে; এবং বোধ হয়, জীবিতশরীরে তাহারা সকলেই পরিপোষক রসদ্বারা আপ্লুত থাকে। লঙ সিলিয়ারি স্নায়ুসকলের শাখা গুলি বহুল-জটিল ও জালবৎ বলিয়া, কর্ণিয়া মধ্যে প্রতীয়মান হয়।

পশ্চাৎ-স্তর সর্ব্বতঃ সমজাতীয় (Homogeneous membrane) ঝিল্লীদ্বারা রচিত। ইহা, অভ্যন্তরের অর্থাৎ য্যাকিউয়স্ হিউমারের (Aqueous humour) দিকে ইপিথিলীয়্যাল্ সেলসের দ্বারা আবৃত। ডাক্তার বোম্যান সাহেব বলেন যে, উহা স্বচ্ছ একবিধ গঠিত ঝিল্লী মাত্র। উহা যদিও বিলক্ষণ দৃঢ় ও কঠিন এবং কাঁচি দ্বারা ছেদন করিবার সময়ে এক প্রকার কচ্‌কচা শব্দ করিয়া থাকে, তথাপি নিতান্ত ভঙ্গপ্রবণ ও অনায়াসে ছিন্ন হইয়া যায়; এবং ছিন্ন হইলে উহার খণ্ডগুলি চতুর্দ্দিক্ হইতে গোলাকারে জড়িয়া আইসে।

মধ্য স্তরের সৌত্রিক বিধানের কিয়দংশ পশ্চাৎ স্তরের সহিত কর্ণিয়ার পরিধিভাগে সংযুক্ত হইতেছে, এবং এই সংযোগ দ্বারা তিন প্রস্থ সূত্রের উৎপত্তি হয়। তন্মধ্যে এক প্রস্থ পশ্চাদ্গামী হইয়া সিলিয়ারি প্রোসেসের অভিমুখে গমন করতঃ, সিলিয়ারি পেশীর এক সংযোগ স্থল হয়। অন্য প্রস্থ সম্মুখ ভাগে ধনুকাকারে বক্র হইয়া, স্ক্লেরটিকের সূত্রচয়ের সহিত সংযুক্ত হইতেছে। এই উভয়ের মধ্যে অত্যল্পমাত্র ব্যবধান আছে, তাহাকে সার্‌কিলার্ সাইনস্ (Circular sinus) কহা যায়। তৃতীয়তঃ আর কতকগুলি সূত্র পশ্চাদ্দিকে বক্র হইয়া আইরিসে গমন করতঃ, তথায় তাহার সম্মুখবর্ত্তী পরিধিতে সম্মিলিত হইতেছে।

কোরইড্ (Choroid.)

আমরা বাঙ্গালা ভাষায় কোরইডকে কৃষ্ণাবরক নামে আখ্যাত করিয়াছি। বস্তুতঃ কোরইড্ রক্তবহা-নাড়ী-বিধান (ভ্যাস্কুলার্ ষ্ট্রক্‌চার্) মাত্র। ভিট্রিয়স্

ও লেন্স্ পোষণার্থ শোণিতের আধার পাত্র হইবে, ইহাই উহার মুখ্য উদ্দেশ্য। এই কোরইড্ সম্মুখদিকে সিলিয়ারী প্রবর্দ্ধনের মধ্যে বর্দ্ধিত হইয়া গিয়াছে। উহা বাহ্য-দিকে স্কেরটিক্ ও সিলিয়ারী পেশীর সহিত, অভ্যন্তর দিকে কোরইডের ইল্যাষ্টিক্ ল্যামিনা অর্থাৎ স্থিতিস্থাপক পর্দ্দার সহিত সংলগ্ন আছে। এই স্থিতিস্থাপক পর্দ্দা হায়েলোইড্ মেম্ব্রেণ্ (Hyaloid membrane) নামে খ্যাত। ইহার উপর কোরইডের ষট্‌কোণ-কোষ সকল অবস্থান করে। উক্ত বাহ্য ও অভ্যন্তরস্থ বিধানদ্বয়, সংযোজক-বিধানোপাদান-বন্ধনী-সমূহ দ্বারা সংযুক্ত থাকায়, তথায় অসংখ্য জালবৎ ছিদ্র উৎপন্ন হইতেছে। ঐ জাল-ছিদ্র মধ্যে রক্তবহানাড়ী, স্নায়ুসমূহ, সংকোচক বিধানোপাদান (Contractile tissue) ও বর্ণকোষ সকল (Pigment cells) অবস্থান করতঃ, পরস্পর একত্র হইয়া কোরইড্ (Choroid) বা কৃষ্ণাবরক নাম প্রাপ্ত হয়। উক্ত কোষ সকলের দূরান্তবর্ত্তী স্তর, যাহা স্থিতি-স্থাপক স্তরের সন্নিকটে বর্ত্তমান আছে, তাহা প্রায়ই বর্ণদায়ক পদার্থ-শূন্য এবং তথায় বর্ণকোষ সকল অপেক্ষাকৃত অতিশয় ক্ষুদ্র। অধিক পরিমাণে সংকোচক- বিধানোপাদান সিলিয়ারী পেশী হইতে প্রবর্দ্ধিত হইয়া কোরইডে অবস্থান করে। ইহার স্নায়ুগুলি অপ্থ্যাল্মিক্ গ্যাংলিয়নের (Ophthalmic ganglion) সিলিয়ারীশাখা সমুদ্ভূত।

শারীর বিদ্যাবিশারদ পণ্ডিতেরা কোরইডের সিলিয়ারী প্রোসেসের বহু রক্তবহানাড়ীগুলিকে কতকগুলি স্তরে বিভক্ত করিয়াছেন। এস্থলে তদ্বর্ণনার কোন প্রয়োজন হইতেছে না। চাক্ষুষ ধমনীর (Ophthalmic artery) পশ্চাবর্ত্তী ক্ষুদ্রতর সিলিয়ারী বিভাগ হইতে, ধমনী সকল উৎপন্ন হইয়া ল্যামিনা ক্রিব্রোসার নিকটে স্কেরটিক্‌কে বিদ্ধ করতঃ, পরিশেষে অসংখ্যশাখায় বিভক্ত হইতেছে। সেই শাখাসমূহ কোরইডের, বর্ণ-কোষ সকলের মধ্যদিয়া ভঙ্গীমান গতিবিশিষ্ট হইয়া, ক্রমশঃ সম্মুখদিকে প্রধাবিত হইয়াছে এবং ইল্যাষ্টিক্ ল্যামিনার অব্যবহিত পশ্চাতে, একটী ঘন ক্যাপিলারী নেট্‌ওয়ার্ক (Capillary netwaik) বা কৈশিক-রক্তবহা- নাড়ী-জাল উৎপন্ন করে। এই নিমিত্ত কোরইডের বৃহত্তর রক্তবহা নাড়ীজাল, উহার কৈশিক নাড়ীগুলি অপেক্ষা, স্কেরটিকের নিকটবর্ত্তী। উক্ত জালের মধ্যে ষ্টেলেট্ পিগ্‌মেন্ট্ সেল্‌স্ (Stellate Pigment cells) বা নক্ষত্রপুঞ্জাকৃতি বর্ণকোষ সকল অবস্থান

করে। আর অনেকানেক কৈশিক রক্তবহা নাড়ী বর্ণকোষগুলির অভ্যন্তরদিকে অবস্থিতি করিতেছে। সুতরাং যখন ঐ সকল কৈশিক রক্ত-বহা নাড়ীতে রক্তাধিক্য হয়, তখন অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রদ্বারা চক্ষুপরীক্ষা করিয়া দেখিলে, দেখা যায়, যে, তাহারা কোরইডের বৃহত্তর রক্তবহা-নাড়ীসমূহকে এবং তাহার বর্ণবিধান বা পিগ্‌মেণ্টারি ষ্ট্রক্‌চারকে প্রায় আবৃত করিয়া রাখিয়াছে। কৃষ্ণবর্ণ লোকদিগের স্থিতিস্থাপক পর্দ্দার ষট্‌কোণ-কোষ সকল যাবৎ স্বস্থানে থাকে, তাবৎ অক্ষিবীক্ষণদ্বারা দেখিলে কোরইড্‌কে কোনমতেই দেখিতে পাওয়া যায় না। কিন্তু গৌরবর্ণ মনুষ্যদিগের ঐ সকল ষট্‌কোণ-কোষে উক্ত বর্ণ বিদ্যমান না থাকায়, কোরইডে অনায়াসেই আলোক প্রবেশ করিতে পারে; এবং কোরইড রক্তবহানাড়ী বিধান বলিয়া, আলোক তথা হইতে প্রতি-ফলিত হইয়া, চক্ষুর ফনড্‌স্‌কে (Fundus)* আলোকিত করে যাহা অক্ষি-বীক্ষণ দ্বারা গাঢ় লোহিতবর্ণ দেখায়।

উল্লিখিত সিলিয়ারি ধমনীর কতকগুলি খর্ব্বাকৃতি শাখা সম্মুখদিগে সিলিয়ারি পেশীর মধ্য দিয়া আইরিসের মধ্যে প্রবিষ্ট হয়।

কোরইডের শিরা সকল বাহ্যদেশে একটি রক্তবহা-নাড়ীস্তর নির্ম্মাণ করে। ঐ সকল শিরা ভ্যাসা ভর্টিকোসা (Vasa vorticosa) নামে অভিহিত হয় ও ধনুকাকৃতিতে ন্যস্ত এবং পরে চারিটী প্রকাণ্ড শাখায় পরিণত হইয়া, দর্শন-স্নায়ু এবং কর্ণিয়ার মধ্যস্থলে স্ক্লেরটিক্‌কে বিদ্ধ করতঃ ক্যাভার্ণস্ সাইনসে শোণিত প্রত্যার্পণ করিয়া শূন্যগর্ভ হয়।

অরাসিরেটা (Ora Serrata) ছাড়িয়া কোরইডের অভ্যন্তর প্রদেশ ষ্ট্রায়েটেট্ বা রেখাঙ্কিত বলিয়া প্রতীয়মান হয়। উহা সম্মুখপ্রদেশে ঘনীভূত হইয়া সিলিয়ারি প্রবর্দ্ধন নামে খ্যাত হইতেছে। ঐ সকল প্রোসেস্ বা প্রবর্দ্ধন সম্মুখগামী হইয়া লেন্স্‌কে ঢাকিয়া রাখে, কিন্তু তাহাকে স্পর্শ করে না। গণনায় উহারা প্রায় ষষ্টিসংখ্যক এবং ততোধিক ভিট্রিয়স্-দেহের ভাঁজের সহিত মিলিত। উহারা লেন্সের সস্পেন্‌সরি লিগামেণ্ট্ (Suspensory ligament) দ্বারা আবৃত এবং বহির্ভাগে সিলিয়ারিপেশীদ্বারা সংস্পৃষ্ট। এই সিলিয়ারিপ্রোসেসের বিধান কোরইডের তুল্যরূপ, কিন্তু ইহার রক্তবহা-নাড়ী

*কোন শরীর বস্তুর তলদেশকে ফনডস (Fundus) কহে।

সকল সম্মুখদেশে ভাঁজিয়া প্রত্যাবর্ত্তন করে। প্রত্যেক প্রবর্দ্ধন দেখিলে ঠিক বোধ হয়, যেন বর্ণকোষও ফাইব্রো-সেলুলার টিসু মধ্যে নিহিত যষ্টি সদৃশ রক্তবহা-নাড়ীস্তূপ। আইরিসের অব্যবহিত পশ্চাৎভাগ উহাদের অবস্থান স্থান, এবং তথায় উহারা সিলিয়ারি-দেহ নামে প্রসিদ্ধ।

আইরিস্ (IRIS.)

ইহাকে বাঙ্গলাভাষায় আলোকাবরণী কহে। ইতি পূর্ব্বে কর্ণিয়া বর্ণন সময়ে উক্ত হইয়াছে, যে, যে সকল সূত্র কর্ণিয়ার অভ্যন্তরস্তরের প্রান্ত হইতে উদ্ভূত হইয়াছে, তাহার কিয়দংশ আসিয়া আইরিস্ নির্ম্মাণ করিতেছে; এবং উহার অনেক সূত্র তন্মধ্যে অবস্থিত থাকিতে দেখা যায। দ্বিতীয় প্রস্থ সূত্র—যাহা কর্ণিয়ার প্রান্তভাগ হইতে উত্থিত হইয়া পশ্চাৎদিকে সিলিয়ারি প্রবর্দ্ধন সকলের অভিমুখে ধাবিত হইতেছে বলিয়া বর্ণিত হইয়াছে, তন্মধ্যে কতকগুলি আবার আইরিসেও গমন করিতেছে। এই সকল সৌত্রিক বিধান ব্যতীত আইরিসে একদল লন্‌জিটিউডিন্যাল্ বা উর্দ্ধাধঃ পরিলম্বমান ও সার্কিউলার্ বা বৃত্তাকার বা সংকোচনশীল সূত্র, সংযোজক বিধান, বর্ণকোষ, রক্তবহা-নাড়ী এবং স্নায়ুও অবস্থান করিতেছে। ইহার সম্মুখ প্রদেশ অনাবৃত এবং য্যাকিউয়স্ হিউমার দ্বারা সততঃ স্নাত। পশ্চাৎ প্রদেশ অক্ষিমুকুরের কোষোপরি অবস্থান করে; এবং অভ্যন্তরপ্রান্ত কনীনিকার পরিধি সংঘটন করিতেছে। ইহাতে বর্ণকোষ আছে; তন্মধ্যে যাহারা পশ্চাৎ-দেশে অবস্থান করে, তাহারা সিলিয়ারি প্রোসেসের স্থিতিস্থাপক স্তরের আচ্ছাদক ইপিথিলীয়মের সহিত সংশ্লিষ্ট।

আইরিসের পূর্ব্বোল্লিখিত সঙ্কোচনশীল পৈশিক সূত্র সকলকে দুই প্রস্থে বিভাগ করা যাইতে পারে। ১ম, বহিঃস্থ বা বিকীর্ণ—এরূপ বর্ণিত আছে যে, উহা বহির্দ্দেশ হইতে অন্তর্দ্দেশে গুচ্ছাকারে গমন করিয়া, কনীনিকাপ্রসারক (Dilatator pupillæ) হয়। ২য়, অন্তরস্থ—ইহা বৃত্তাকার এবং ইহারাই কনীনিকার সঙ্কোচক সূত্র।

আইরিসের রক্তবহানাড়ী সকল এক রূপভাবে গমন করিয়া থাকে। ইহা-দিগের আকার ক্ষুদ্র এবং ইহারা লঙ্ সিলিয়ারি আর্টরি বা বৃহৎ সিলিয়ারি

ধমনী হইতে উৎপন্ন। এই সকল ধমনী পশ্চাদ্দিকে স্ক্লেরটিক্‌কে বিদ্ধ করিতেছে ; এবং উহারা যতক্ষণ পর্য্যন্ত সিলিয়ারি দেহের বহিঃপ্রান্তভাগে উপস্থিত না হয়, ততক্ষণ পর্য্যন্ত সিলিয়ারি পেশীর মধ্য দিয়া পরে আইরিসের প্রান্ত গমন করিতে থাকে ও বিভক্ত হইয়া আইরিসের পরিধিমণ্ডলে অঙ্গুরীয়বৎ বেষ্টন করতঃ আইরিস্ এবং সিলিয়ারি পেশীতে শাখা সকল বিস্তার করিতেছে।

আইরিস্ অপ্‌থ্যাল্‌মিক্ গ্যাংলিয়নের সিলিয়ারিশাখা-সমূহ এবং নাসা স্নায়ুর লং সিলিয়ারিশাখা হইতে স্নায়ু সকল প্রাপ্ত হইয়াছে। অপ্‌থ্যাল্‌মিক্ গ্যাংলিয়নের এই সিলিয়ারি শাখাসমূহ আইরিস্‌কে তৃতীয়, পঞ্চম এবং সিম্প্যাথেটিক্ বা সমবেদন স্নায়ুর দ্বারা সংযুক্ত করিতেছে। ইহারা সকলে পরস্পর একত্রীভূত হইয়া, আইরিসের পরিধিবেষ্টন করিয়া একটী প্লেক্সস্ (Plexus) অর্থাৎ স্নায়ুজাল উৎপাদন করিয়া, সঙ্কোচক এবং প্রসারক পেশী সকলের পরিপোষণের নিমিত্ত শাখাসমূহ বিস্তার করিতেছে।

ইহা স্পষ্টই প্রতীয়মান হইতেছে, যে, আলোকোত্তেজনায় কনীনিকার সঙ্কোচন, রেটিনার উত্তেজিতাবস্থা হইতেই (Reflex action) প্রতিফলিতকার্য্য দ্বারা হইয়া থাকে। এই আলোকানুভব তৃতীয় স্নায়ু দ্বারা আইরিসের সার্কুলার্ বা বৃত্তাকারপেশীতে উপনীত হয়। কারণ, কেবল এই তৃতীয় স্নায়ুর মোটর্ (Motor) বা গতিপ্রদ সূত্র সকল দ্বারাই আইরিসের উক্ত সার্কুলার্ পেশী সঙ্কুচিত হইয়া থাকে ; কারণ যদি রেটিনা বা আলোকগ্রহণী তৃতীয় স্নায়ু বিনষ্ট হইয়া যায়, তবে চক্ষুর কনীনিকা প্রসারিত হইয়া পড়ে, দর্শনস্নায়ুকে বিভাজিত করিয়া মস্তিষ্কের সহিত সংলগ্ন অংশকে উত্তেজিত করিলে আইরিস আকুঞ্চিত হয় এবং তৃতীয় স্নায়ুকে বিভাগ করিয়া তাহার চক্ষুতে সংলগ্ন অংশকে উত্তেজিত করিলেও আইরিসের আকুঞ্চন সম্পাদিত হয়। আর ইহা বিলক্ষণ জানা আছে যে, একটী চক্ষুর উপর আলোক পাতন করিলে তাহার প্রভা রিফ্লেক্স্ য়্যাক্‌সান্ বশতঃ উভয় চক্ষুতে প্রকাশ পাইয়া উভয় কনীনিকা সঙ্কুচিত হয়। যথা, এক চক্ষুতে অ্যামোরোসিস্ হইলে যদি অপর চক্ষুতে আলোক সংলগ্ন করা যায় তবে ব্যাধিত চক্ষুর কনীনিকা সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। তৃতীয় স্নায়ু দ্বারা প্রতিপালিত অন্যান্য পেশীর সহিত ইহা সঙ্কুচিত হইয়া থাকে। যথা, কোন চক্ষুকে নাসিকা বা ঊর্দ্ধ দিকে রেক্টাই পেশী সকল দ্বারা লইবার সময়ে

ঠিক্ ইচ্ছাধীনের ন্যায় আইরিস্ সঙ্কুচিত হয়। এরূপ অবস্থায় সম্পূর্ণ অন্ধতা থাকিলেও আইরিস্ সঙ্কুচিত হয়। চক্ষুর ইন্‌ভার্টেড্ অবস্থায় (Inverted) যাহা নিকটস্থ বস্তুর প্রতি দৃষ্টিপাতকালে ঘটিয়া থাকে, কনীনিকা সঙ্কুচিত হইলে তদ্দ্বারা অতিরিক্তক্রম-বিস্তৃত (Divergent) আলোকরশ্মি যাহা রেটিনাতে ক্রম সূক্ষ্ম হইয়া (Refracted) নিপাতিত হইতে পারে না তাহা ভিতরে প্রবেশ করিতে পারে না।* বিকীর্ণ সূত্রগুলি সিম্প্যাথেটিক্ স্নায়ুর অধীন এই হেতু গ্রীবাদেশস্থ সিম্প্যাথেটিক্ স্নায়ুকে কর্ত্তন করিলে, তদ্দ্বারা কনীনিকা আকুঞ্চিত হয়, কিন্তু উক্ত স্নায়ুকে উত্তেজিত করিলে উহা প্রসারিত হইয়া পড়ে।

ডাক্তর ডণ্ডার্স্ সাহেব বলেন, যে, সমবেদন স্নায়ু দ্বারা আইরিসের রেডিয়েটিং সূত্র সকল স্থায়ী বর্দ্ধিত শক্তি প্রাপ্ত হয়। এইরূপে অক্ষিপুত্তলিকার প্রসারক পেশীর (ডায়েলেটেটর্ পিউপিলি) সহিত সঙ্কোচক পেশীর (স্ফিন্‌কটার্ মসল্) পরস্পর বিপরীত সম্বন্ধ সতত একভাবে থাকে।† যাহা হউক, এরূপ বোধ হইতেছে যে, শরীরের অন্যান্য স্থলের সমবেদন সূত্র) সকলের ন্যায় উহারা আইরিসের রক্তবহা-নাড়ী সকলের উপর বিস্তারিত হয় এবং এই রক্তবহা-নাড়ী সকলের আকারের পরিবর্ত্তন না হইলে আইরিসের আয়তনের পরিবর্ত্তন সম্পাদিত হয় না।

পঞ্চম স্নায়ুদ্বারা আইরিসের চৈতন্য সম্পাদিত হয়। এই স্নায়ুর গতিদ ক্রিয়া কেবল নিম্নলিখিত কার্য্য দ্বারা স্পষ্ট বুঝা যাইতে পারে, যে, যদি উহা উত্তেজিত হয়, তবে ঐ উত্তেজন গ্যাসেরিয়ান্ গ্যাংলিয়ন্ হইতে প্রতিফলিত হইয়া আইসে, কেননা চক্ষুর গতিদস্নায়ু (তৃতীয়স্নায়ু) এবং সমবেদনস্নায়ু সকল বিভাজিত হইলেও কনীনিকার সঙ্কোচন শক্তির বিনাশ হয় না।‡

রেটিনা (RETINA.)

রেটিনাকে বাঙ্গালা ভাষায় আলোকগ্রহণী ঝিল্লী কহা যায়। রেটিনা বাস্তবিক স্নায়বিক নির্ম্মাণমাত্র। উহা চক্ষু বুদবুদের পশ্চাদ্বর্ত্তী অন্যান্য সমুদায় বিধানের

---

* "Hand book of Physiology" By W. T. Kerkes Eighth Edition p. 458.

† *Vide* Donders on "Accommodation and Refraction," published by the New Sydenham Society, p 571

‡ Id p. 581.

অভ্যন্তর প্রদেশের উপরিভাগে ব্যাপ্ত হইয়া আছে; এবং অপ্‌টিক্ ডিস্ক্ হইতে ক্রমশঃ সম্মুখবর্ত্তী হইয়া অরাসিরেটা পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতেছে। উহার বাহ্য প্রদেশ কোরইডের ষট্‌কোণকোষ সকলের সহিত মিলিত আছে; এবং অভ্যন্তরভাগে উহা মেম্ব্রেণা লিমিটান্স্ দ্বারা হায়েলোইড্ হইতে পৃথগ্‌ভূত।

রেটিনার রক্তবহা-নাড়ীগুলি আর্টেরিয়া সেণ্ট্রালিস্ রেটিনি (Arteria Centralis Retinæ) অর্থাৎ রেটিনার মধ্যবর্ত্তী কৈন্দ্রিক ধমনী হইতে উৎপন্ন হইতেছে। উহা ল্যামিনা ক্রিব্রোসার ঠিক মধ্য দিয়া ক্রমশঃ অপটিক্ ডিস্ক্ ভেদ করিয়া চক্ষুর অভ্যন্তরে প্রবেশ করতঃ, চতুর্দ্দিকে শাখা বিস্তার করিতেছে। যাহা হউক, উহারা এইরূপে অপ্‌টিক্ ডিস্ক্ পরিত্যাগ করিয়াই দুই প্রধান পুঞ্জে বিভক্ত হইয়াছে। একটী ঊর্দ্ধগামী; অপরটী অধোগামী। এই সকল রক্তবহা-নাড়ী প্রথমতঃ মেম্ব্রেণা লিমিটান্সের অব্যবহিত নিম্নভাগে অবস্থান করে; কিন্তু পরিশেষে উহারা রেটিনার স্নায়ু পদার্থে মগ্ন হইয়া, অল্প সংখ্যক কৈশিকনাড়ীমণ্ডলে পরিণত হইয়া পড়ে। শিরাসকল বৃত্তাকারে অরাসিরেটার চতুষ্পার্শ্বে আবদ্ধ হইয়া বা বিন্দুমুখ ভাবে (Converging) সকলে একত্রে মিলিয়া ভেসাসেণ্ট্রালিস্ রেটিনিতে নিঃশেষিত হইতেছে। এই শেষোক্ত শিরা অপটিক্ ডিস্কের কেন্দ্র অতিক্রম করতঃ চক্ষুর বহির্ভাগে উপনীত হয়।

* কেহ কেহ অনুমান করেন যে, অপ্‌টিক্‌ডিস্ক্ স্বতন্ত্র কোন স্থান হইতে উহার রক্তবহা-নাড়ী সকল প্রাপ্ত হইতেছে। এই রক্তবহা-নাড়ী মধ্যে কতকগুলি শাখা পায়েমেটার (Piamater) হইতে দর্শন-স্নায়ুর কায়েস্‌মা (Chiasma) পর্য্যন্ত বিস্তৃত, ও আর একটি শাখা মিডল্‌সেরিব্র্যাল্ (Middle Cerebral) হইতে অপটিক্ ট্র্যাক্টট্ পর্য্যন্ত প্রবাহিত নাড়ী হইতে উৎপন্ন হইতেছে। আর কতকগুলি শাখা কোরইড্ প্লেক্‌সস্ রেটিনার কৈন্দ্রিক ধমনী হইতে উৎপন্ন ক্ষুদ্র২ রক্তবহা-নাড়ী মাত্র। পায়েমেটার হইতে উৎপন্ন অন্যান্য ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শাখাসমূহ দ্বারা অপ্‌টিক্ ট্র্যাক্ট্ হইতে অপ্‌টিক্ প্যাপিলা পর্য্যন্ত জালবৎ একটি রক্তবহা-নাড়ী-বিধান অখণ্ডিত ভাবে ব্যাপ্ত হইয়া রহিয়াছে, এবং প্যাপিলা, নিজ পোষণার্থ কেবল রেটিনার কৈন্দ্রিকধমনীর (Central

* Names of the autharities as Galezowski &c, not mention.

Artery) উপর নির্ভর না করিয়া, এই স্থান হইতেই রক্ত গ্রহণ করিতেছে। এই নিয়ম বিধিবদ্ধ থাকায়, কিরূপে মস্তিষ্ক-রক্ত পরিচালনের ব্যতিক্রম, রেটিনার কৈন্দ্রিক রক্তবহা-নাড়ীগুলিকে পীড়িত না করিয়া দর্শন-স্নায়ুর প্যাপিলা পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে, এবং কি রূপেই বা এই প্যাপিলা তৎপরিপোষক রক্তবহা-নাড়ীগুলির পীড়াদ্বারা বিকৃত হইয়া সম্পূর্ণ শ্বেতবর্ণ (যাহাকে য়্যাট্রোফি বা হ্রাস কহে) হইয়া উঠে, তাহা আমরা অনায়াসেই বুঝিতে পারি। আর উপর্য্যুক্ত উৎপত্তি স্থান হইতে রক্ত সমাগম করে বলিয়া, আমরা প্যাপিলার বর্ণ গোলাপ পুষ্পের ন্যায় দেখিতে পাই। অপরন্তু অপ্‌টিক্ প্যাপিলার্ রক্তবহা-নাড়ীগুলি সেরিব্র্যাল্ বা মস্তিষ্কের রক্তবহা-নাড়ী সমূহের প্রবর্দ্ধন-মাত্র; সুতরাং তাহাদের অবস্থা দেখিয়া সেরিব্র্যাল্ রক্তবহা-নাড়ীগুলির রক্তের পর্য্যাপ্ততা (Repletion) বা অল্পতার (Anæmia) পরিমাণ অনায়াসেই উপলব্ধি হইয়া থাকে।* কিন্তু আমাদিগের স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য যে রেটিনার কৈন্দ্রিক ধমনী হইতে যে সকল শাখা বহির্গত হইয়াছে এবং লং সিলিয়ারী ধমনী হইতে উৎপন্ন যে নাড়ীচক্র ডিস্ককে বেষ্টন করিয়া থাকে তাহাদিগে হইতেও এই ডিস্ক্ রক্ত-প্রাপ্ত হয়। ইহা ব্যতীত কোরইড্ হইতেও কতকগুলি ধমনী ও সিরা ডিস্কে প্রবেশ করে। এবং রেটিনার কৈন্দ্রিক রক্তবহা-নাড়ী সকলের সহিত মিলিত হইয়া যায়।

ম্যাকিউলা লিউটিয়া (Macula Lutea.)

দৃষ্টি-মেরু রেটিনার যে স্থলে অবস্থান করিতেছে, ঠিক সেই স্থানে গাঢ় পীতবর্ণ যে স্থান দেখিতে পাওয়া যায়, তাহাকে ম্যাকিউলা লিউটিয়া কহে। উহা দর্শন-স্নায়ুর প্রবেশ দ্বারের (অপ্‌টিক্ ডিস্‌ক্) বহিঃপার্শ্বে প্রায় $\frac{1}{10}$ ইঞ্চ অন্তরে অবস্থিত। উহার কেন্দ্রস্থলে, যে অতি ক্ষুদ্র নিম্ন স্থান দেখিতে পাওয়া যায়, তাহাকে ফোভিয়া সেণ্ট্রালিস্ (Fovea Centralis) কহে। রেটিনার রক্তবহা-নাড়ীসমূহ এই স্থানের ঊর্দ্ধাধোদেশে ধনুকাকারে বক্র হইয়া আছে

* "Etude Ophthalmoscopique sur les Alterations du Nerf Optique," par X. Galezowski, p. 33, Paris, 1866 Also "On the use of the Ophthalmoscope" by T. Clifford Allbutt, p. 30, London, 1871.

কিন্তু কখন উহার উপর দিয়া গমন করে না। সে যাহাহউক, রেটিনার মধ্যে ম্যাকিউলা লিউটিয়াই সর্ব্বাপেক্ষা চৈতন্তদায়ক স্থল।

পূর্ব্বেই উল্লিখিত হইয়াছে, যে, দর্শন-স্নায়ুর সৌত্রিক আবরণ দ্বিস্তরে বিভক্ত। বাহ্যস্তর স্ক্লেরটিকের মধ্য ও পশ্চাৎ দুইস্তরের সহিত মিলিত হইয়া তাহাদিগকে বলিষ্ঠ করিতেছে। আভ্যন্তরিকস্তর, স্ক্লেরটিকের যে অংশ চক্ষুর অভ্যন্তরদিকে ন্যস্ত আছে, সেই দিগে ক্রমশঃ অগ্রসর হইয়া, পরিশেষে স্ক্লেরটিকের আভ্যন্তিক স্তরের সহিত মিলিত হইতেছে। এই কারণেই স্ক্লেরটিকের চাক্ষুষবিবরে (Optic Foramen) অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রবর্দ্ধিত প্রান্ত অনুভূত হইয়া থাকে। এই প্রান্তে কোরইডের পশ্চাদ্দিগস্থ দ্বারপ্রান্ত, ফিলামেণ্টস্ টিস্থদ্বারা সংলগ্ন আছে। স্ক্লেরাল্ ওপনিং (Scleral opening) দর্শন-স্নায়ুর সম্মুখবর্ত্তী অংশ দ্বারা পরিপূরিত।

ল্যামিনা ক্রিব্রোসা (LAMINA CRIBROSA,)

দর্শন স্নায়ুর আবরণস্তর হইতে প্রবর্দ্ধন নির্গত হইয়া, ল্যামিনা ক্রিব্রোসা বা রন্ধ্রময় স্তর নির্ম্মিত হইয়াছে। উহা স্ক্লেরটিক হইতে বহির্গত সূত্রসকল ও রেটিনার কৈন্দ্রিক ধমনীকোষ হইতে উদ্ভূত স্থিতিস্থাপক পদার্থ দ্বারা দৃঢ়তা প্রাপ্ত হইয়াছে।

লেন্সের সস্পেন্সরি লিগামেণ্ট্।

THE SUSPENSORY LIGAMENT OF THE LENS.

লেন্সের সস্পেন্সরি লিগামেণ্ট যাহাকে জোনিউলা অব্ জিন্ (Zonula of Zinn) কহে, তাহা কোরইড্ মধ্যস্থ ষট্‌কোণ-কোষ সকলের অন্তবর্ত্তী সূত্রময়-কৌষিকবিধান মাত্র। উহা অরাসিরেটা হইতে ক্রমশঃ সম্মুখবর্ত্তী হইয়া সিলিয়ারি প্রোসেসের সমান্তরালভাবে গমন করতঃ লেন্সের প্রান্তদেশে মগ্ন ও পরিশেষে লেন্সের সম্মুখ পুটোপরি মিলিত হইতেছে। সস্পেন্সরি লিগামেণ্ট লেন্সে প্রবেশ করিবার সময়, সিলিয়ারি-বডি পরিত্যাগ করিয়া কেনাল্ অব্ পিটিটের সম্মুখ প্রাচীর নির্ম্মাণ করে। এই পিটিটের বিষয় অন্তরেই বর্ণিত হইতেছে।

হায়েলোইড্ (HYALOID.)

হায়েলোইড্ একটী ঝিল্লি নির্ম্মিত থলি মাত্র। তন্মধ্যে ভিট্রিয়স্ নামক স্বচ্ছপদার্থ নিহিত আছে। উহা অতিশয় কোমল ও ভঙ্গুর, এবং সম্মুখদিকে অরাসিবেটা পর্য্যন্ত মেম্ব্রেণা লিমিটান্সের সহিত সংলগ্ন থাকে। সম্মুখদিকে ইহা লেন্সের সস্পেন্সরি লিগামেন্টের নিকটবর্ত্তী হইয়া, লেন্সের প্রান্তের অতি সান্নিধ্যবর্ত্তী স্থানে গমন করতঃ, তৎপশ্চাতে মগ্ন হইতেছে। এইরূপে লেন্সের প্রান্তভাগ একটী খাতমধ্যে অবস্থান করে। ডাক্তর পিটিট্ সাহেব প্রথমতঃ এই খাত বর্ণনা করিয়া গিয়াছেন। ইহার সম্মুখদিকে সস্পেন্সরি লিগামেন্ট্ ও পশ্চাদ্দিকে, হায়েলোইড্ মেম্ব্রেণ।

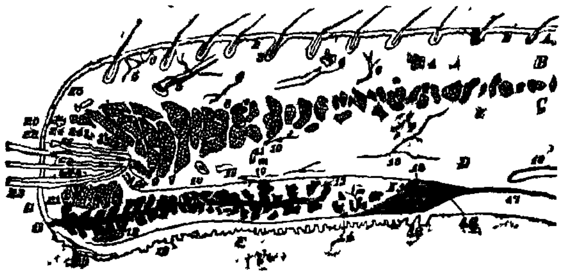
ভিট্রিয়স্ হিউমার্ (VITREOUS HUMOUR.)

হায়েলোইড্ থলির মধ্যে ভিট্রিয়স্ হিউমার্ নামক স্বচ্ছপদার্থ অবস্থান করে। এই ভিট্রিয়স্ শ্লৈষ্মিক বিধান মাত্র। কলিকার সাহেব ইহাকে জিলেটিনস্ কনেক্টিব্টিস্থ (Gelatinous connective tissue) শিরীষবৎ পিচ্ছিল সংযোজক বিধান বলিয়া বর্ণনা করিয়াছেন। উহাতে নির্দ্দিষ্ট বিধানোপাদান অর্থাৎ স্নায়ু বা রক্তবহা নাড়ী নাই এবং উহা আকার বিহীন। কিন্তু উহাতে বহু সংখ্যক কোষ ও কোষবীজ সকল থাকে। এই গুলি উহার অন্তভাগে হায়েলোইডের সন্নিকটে অবস্থিতি করে। রেটিনা এবং কোরইডের রক্তবহা নাড়ীগুলি দ্বারা এই ভিট্রিয়স্ হিউমারের পুষ্টিসাধন হইয়া থাকে।

লেন্স্ বা অক্ষিদর্পণ (LENS.)

অক্ষিদর্পণ স্বচ্ছ ও ডবল্ কন্‌ভেক্স্ বা উভয়দিকে ন্যুজ পদার্থ। উহার বেধ প্রায় ¼ ইঞ্চি, উহা সম্মুখদেশাপেক্ষা পশ্চাদ্দেশে সমধিক ন্যুজ; এবং বহু সংখ্যক সূত্রগুচ্ছবিনির্ম্মিত। সেই সকল সূত্রগুচ্ছ পরস্পর মিলিত হইয়া, স্তরাকার ধারণ করিতেছে ও অতিশয় জটিলরূপে শ্রেণীবদ্ধ। অক্ষিমুকুর একটি একরূপ-নির্ম্মিত স্থিতিস্থাপক কোষাভ্যন্তরে (ক্যাপ্সিউলে) নিহিত আছে। সম্মুখবর্ত্তী ক্যাপ্সিউলের পশ্চাৎ প্রদেশোপরি বহুকোণ-কোষ-

২য়, প্রতিকৃতি।



ডাক্তার মোল সাহেবের মতানুযায়ী অক্ষিপুট-বিভাগ।

A বাহ্য ত্বক্। B চর্ম্ম-নিম্নস্থ সংযোজক ঝিল্লী।

C অর্বিকিউলারিস্ পেশীর অক্ষিপুটাংশ।

D অর্বিকিউলারিস্ এবং টার্সসের মধ্যবর্ত্তী মেদপূর্ণ সংযোজক ঝিল্লী।

E পুটোপাস্থি। F শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী।

G অনাবৃত অক্ষিপুট প্রান্ত। 1 ইপিডারমিস্।

2 প্যাপিলিসহ কিউটিস্ বা চর্ম্ম।

3 অক্ষিলোম এবং তাহাদের ফলিকলস্ বা মূল সকল।

4 স্বেদ গ্রন্থিচয়।

5 চর্ম্ম-নিম্নস্থ সংযোজক ঝিল্লীর রক্তবহা-নাড়ী সকল;

6 এবং তত্রত্য স্নায়ু সকল।

7 অর্বিকিউলারিস্-পেশীর সিলিয়ারিজ অংশ,

8 ও তাহার প্যাল্পিব্র্যাল্ অংশ।

9 মেদ।

10 অর্বিকিউলারিস্ পেশী এবং টার্সসের মধ্যগত সংযোজক ঝিল্লীর রক্তবহা-নাড়ী সকল;

11 ও তদন্তর্ব্বর্ত্তী স্নায়ু সকল।

12 মিবোমিয়ান্ গ্রন্থি সকলের লোবুলাই (Lobuli)

13 মিবোমিয়ান্ গ্রন্থি সকলের শেষ অন্ত।

14 একটি সমীপবর্ত্তী মিবোমিযান্ গ্রন্থির বিভাগ।

15 মিবোমিয়ান্ গ্রন্থি সকলের সীমাবর্ত্তী টার্সসের সর্ব্বোচ্চ ভাগস্থ বসা ঝিল্লী (Adipose tissue)

16 টার্সসেব উর্দ্ধদেশে মগ্ন স্থিতিস্থাপক ঝিল্লী।

17 উপর্য্যুক্ত স্থিতিস্থাপক ঝিল্লীতে নিঃশেষিত সুপিরিয়র লিভেটর্ প্যাল্‌পিব্রি পেশী।

18 শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর প্যাপিলা সকল।

19 মিবোমিযান্ ফলিকলের নির্গমন-প্রণালী-মুখ।

20 অনাবৃত অক্ষিপুট প্রান্তেব নিকটবর্ত্তী ক্ষুদ্র২ লোমেব গ্রন্থি সকল।

21 অর্বিকিলারিসেব পুটাংশ। 22 পক্ষ্মসমষ্টি।

23 একটি ফলিকলে দুইটি পক্ষ্ম।

24 পক্ষ্ম সমষ্টিব বসোৎপাদক গ্রন্থি সকল।

25 অক্ষিপুটেব অনাবৃত প্রান্ত চর্ম্ম।

য়্যাকমোডেসন্ (ACCOMMODATION.) দৃষ্টি কৌশল।

দৃষ্টি-কৌশল অর্থাৎ যে কৌশলে বিভিন্ন দূবস্থিত বস্তু সকল হইতে বহুতব আলোকবশ্মি চক্ষুব বেটিনায় পবস্পব এক বিন্দুতে মিলিত হয়, তদ্বিষয়ে তর্কবিতর্ক বহুকালাবধি চলিযা আসিতেছে, ইদানীন্তন কৌশল বিকার-জনিত ব্যাধি সমূহের আন্দোলনে বহুসংখ্যক লোক মনোযোগী হওয়ায়, ইহার গৌরব আরও বৃদ্ধি হইযাছে।

নিকটস্থ বস্তু দর্শনকালে অক্ষিদর্পণের সম্মুখপ্রদেশের ন্যুব্জতা যে প্রবর্দ্ধিত হইয়া থাকে, তাহা যে২ ঘটনা দ্বাবা প্রমাণ করা যায় এস্থলে প্রথমতঃ তদ্বিষযক আলোচনা করাই পরামর্শ সিদ্ধ বোধ হইতেছে। ইহা স্পষ্টই প্রতীয়মান হইতেছে যে, হয় এই ন্যুব্জতার বৃদ্ধি বা চক্ষুর ডায়প্‌ট্রিক্ মিডিয়া (Dioptric media) বা আলোকপথে* তদ্রূপ অন্য কোন পরিবর্ত্তন অবশ্যই

* যে ঋজুপথে আলোক চক্ষুর মধ্যে প্রবিষ্ট ও পরিবর্ত্তিত হয়, তাহাকে ডায়প্‌ট্রিক্ মিডিয়া (Dioptric media) বা আলোকপথ কহে। ইহা কর্ণিয়া হইতে রেটিনা পর্য্যন্ত বিস্তৃত।

ঘটিয়া থাকে, নতুবা, রেটিনার যে অবস্থায় দূরস্থিত বস্তু হইতে আলোক-রশ্মি (Parallel rays সমান্তরাল-রশ্মি) এক বিন্দুতে আনীত হয়, সেই অবস্থায় নিকটস্থ পদার্থ হইতে আলোক-রশ্মি (Divergent rays ক্রম-বিকীর্ণ-রশ্মি)* আসিয়া কখনই তদ্রূপ পরস্পর এক বিন্দুতে † আনীত (focussed) হইতে পারে না। অর্থাৎ সমান্তরাল-রশ্মি ও ক্রমবিকীর্ণরশ্মি, যে রিফ্র্যাক্টিং মিডিয়া বা আলোক বক্রকারী ‡ পথ দিয়া চক্ষুর অভ্যন্তরে গমন করে, তাহার উক্ত আলোক বক্রকারী শক্তি (Power of refraction) না থাকিলে, উহারা উভয় বিধ রশ্মি কখনই চক্ষুর একরূপ অবস্থায় এক বিন্দুতে মিলিত হইতে পারে না।

কর্ণিয়ার ন্যুব্জতার পরিবর্ত্তন, অথবা অক্ষিগোলকের য়্যাণ্টেরো-পোষ্টিরিয়র্ য়্যাক্সিস্ বা অগ্র পশ্চাৎ মেরুদণ্ডের প্রসারণ ও সংকোচন দ্বারা দৃষ্টি কৌশলের আবশ্যকীয় সুশৃঙ্খলতা সম্পাদিত হইতে পারে। তথাপি বোধ হইতেছে যে, লেন্সের বক্রতার পরিবর্ত্তনই উক্ত ডায়পটি্ক্ মিডিয়ার আবশ্যকীয় পরিবর্ত্তনের কারণ, যাহা ক্রেমার ও হেলম্ হোল্টজ্ § সাহেব নির্দ্ধারিত করিয়াছেন, তাহাই যথার্থ।

যদি একটি প্রদীপ্ত আলোক কোন সুস্থ চক্ষুর সম্মুখে ধৃত হয়, তবে কনীনিকায় উক্ত আলোক শিখার তিনটি প্রতিফলিত মূর্ত্তি স্পষ্টতঃ অনুভূত হইয়া থাকে। সম্মুখ ও পশ্চাৎ দুইটি উর্দ্ধমুখী মূর্ত্তি (Erect image)।

---

* কোন একবিন্দু হইতে আলোকরশ্মি চতুর্দ্দিকে ক্রমে বিকীর্ণ হইয়া পড়িলে, তাহাকে ক্রমবিকীর্ণ কহে। ইংরাজী ভাষায় উহাকে (Diverge) কহে। আর, ঐ রশ্মি সমূহকে ডাইভারজেন্ট্ রেজ্ বা ক্রমবিকীর্ণ রশ্মিজাল (Divergent rays) কহে। ইহার বিপরীত বিন্দুমুখ (Converge), যে রশ্মি বিন্দুমুখে পতিত হয়, তাহাকে কন্ভারজেন্ট্ রেজ্ (Convergent rays) বা ক্রম সংকীর্ণ রশ্মি কহে। আর, যে সকল রশ্মি সমান্তরালভাবে বিক্ষিপ্ত হয়, তাহাকে সমান্তরাল রশ্মি (Parallel rays) কহে। সূর্য্যের কিরণ সমান্তরালভাবে পৃথিবীতে পতিত হইয়া থাকে।

† ঘন পদার্থ হইতে তদপেক্ষা পাতলা পদার্থে আলোকরশ্মি আসিতে গেলে, উহা ঠিক ঋজুভাবে আসিতে পারে না; পতিভঙ্গ হইয়া তির্য্যক্‌ভাবে আইসে। ইহাকে ইংরাজী ভাষায় (Refraction) কহে। বাঙ্গলা ভাষায় উহাকে পতিভঙ্গ শব্দে নির্দ্দেশ করিলাম। আর উক্ত পথের নাম পতিভঙ্গ পথ। দৃষ্টিপথে আলোকরশ্মি পতিভঙ্গ হইয়া প্রবেশ করে।

‡ আলোক-রশ্মি ভগ্নগতি হইয়া যখন কোন এক বিন্দুতে পরস্পর মিলিত হয়, তখন তাহাকে ফোকস্ বা রশ্মিকেন্দ্র (Focus) কহে।

§ এই ব্যক্তি প্রুসিয়া দেশের কোনিংস বর্গ নগরে চিকিৎসা শাস্ত্রের অধ্যাপক ছিলেন। ইনি ১৮৫১ খৃঃঅব্দে অক্ষি-বীক্ষণ যন্ত্রের আবিষ্কার করেন।

উহারা ক্রমান্বয়ে কর্ণিয়া এবং অক্ষি-মুকুরের সম্মুখভাগোপরি হইতে প্রতিবিম্বিত হইয়া উৎপন্ন হয়। অপরটি মধ্য, কিন্তু অধঃমুখী মূর্ত্তি (Inverted image); ইহা অক্ষি-মুকুরের পশ্চাৎ প্রদেশ কিম্বা ভিট্রিয়স্ হইতে প্রতিবিম্বিত হইয়া উৎপাদিত হয়। ডাক্তর হেলম্ হোল্‌ট্‌জ্ সাহেব এই সুপরিজ্ঞাত বিষয়ের সত্যতা প্রমাণীকৃত করিয়াছেন। তিনি স্বকীয় অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের আবিষ্কার করিয়া, তদ্দ্বারা ভিন্ন২ অবস্থায় উক্ত প্রতিফলিত মূর্ত্তির দৈর্ঘ্য প্রস্থ পরিমাণ করিতে সমর্থ হইয়াছিলেন। তিনি আরও দেখিয়াছিলেন যে, যতক্ষণ পর্য্যন্ত পরীক্ষার্থি ব্যক্তির চক্ষু কোন নির্দ্দিষ্ট দূরবস্তু- দর্শনোপযোগী হইয়া স্থির ভাবে থাকে, ততক্ষণ পর্য্যন্ত উহাতে উক্ত আলোকশিখার তিন প্রকার প্রতিকৃতি, আয়তনে কোন প্রকার পরিবর্ত্তিত না হইয়া, সমভাবে অবস্থিতি করে। কিন্তু যখন এই দৃষ্টি-কৌশল পরিবর্ত্তিত হয়, এবং অক্ষি-দর্পণের সম্মুখপ্রদেশের উপরিভাগ হইতে যে মূর্ত্তি প্রতিফলিত হইয়া থাকে, তাহা পরিমাণে বর্দ্ধিত হয়। তখন অবশিষ্ট দুইটি মূর্ত্তির আকৃতি বিষয়ে কোন পরিবর্ত্তন ঘটেনা।

এই হেতুতে ইহাই প্রমাণীকৃত হইয়াছিল, যে দূর হইতে নিকট দেখিবার কালীন দৃষ্টি-কৌশলের যে পরিবর্ত্তন ঘটে, তদ্দ্বারা অক্ষি-দর্পণের সম্মুখদেশ স্ফীত হয়, উহার সম্মুখ পশ্চাৎ দিগের গভীরতারও বৃদ্ধি হয়। অক্ষি-দর্পণের ন্যুব্জতা বৃদ্ধির ফল এই যে অক্ষি-দর্পণের যেরূপ উপর্য্যুক্ত কোনরূপ পরিবর্ত্তন না ঘটিয়াও দূরস্থ পদার্থ হইতে সমান্তরাল আলোক-রশ্মি এক স্থানে, এক বিন্দুতে মিলিত হয়, সেইরূপ উক্ত বক্রতার বৃদ্ধি প্রযুক্ত নিকটস্থ পদার্থ হইতে ক্রমবিকীর্ণ আলোক-রশ্মি ও এক স্থানে এক বিন্দুতে মিলিত হয়, এই বিষয় গণিত শাস্ত্রে স্পষ্ট প্রমাণীকৃত হইয়াছে। দূরস্থ কোন বস্তু দর্শনকালে, অক্ষিমুকুর স্থিরভাবে অবস্থান করে। কিন্তু যখন নিকটস্থ বস্তুর প্রতি দৃষ্টিপাতিত হয়, কেবল তখনই দৃষ্টি-কৌশলের পরিবর্ত্তন ঘটিয়া থাকে।

বিভিন্ন দূরস্থিত বস্তু দর্শন করিতে চক্ষুর আয়তনের যে২ বিভিন্ন পরিবর্ত্তন ঘটিয়া থাকে, এই সিদ্ধান্ত নানারূপে প্রমাণীকৃত হইয়াছে। কিন্তু এস্থানে উপর্য্যুক্ত সিদ্ধান্ত গুলিই আমাদের বর্ণনীয় বিষয়ের জন্য যথেষ্ট মনে করিতে হইবে।

দর্শন-ক্রিয়া কৌশল আমাদের ইচ্ছার সম্পূর্ণ অধীন বলিয়া বোধ হয়। আমরা ইচ্ছা করিলেই উহাকে উপযুক্ত অবস্থাতে স্থায়ী রাখিতে পারি। যেমন, প্রসারক পেশী (Extensor muscle) আমাদের ইচ্ছার অনুবর্ত্তী হইয়া মুদিত হস্তকে প্রসারিত করে, তদ্রূপ যখন আমরা কোন নিকটস্থ বস্তু দর্শন করি, তখন পূর্ব্বোক্ত প্রকারে অক্ষি-দর্পণের আকৃতির পরিবর্ত্তন ইচ্ছানুরূপ ঘটিয়া থাকে। যেমন উহার কোন রূপ পরিবর্ত্তন না হইয়া দূরস্থ পদার্থ হইতে সমস্তরালরশ্মি আনীত হইয়া এক স্থানে এক বিন্দুতে পতিত হয় তদ্রূপ ইহা গণিত দ্বারা প্রমাণ করা হইয়াছে যে, লেন্সের একরূপ মুব্জতার বৃদ্ধি হেতু নিকটস্থ বস্তু হইতে আনীত রশ্মি ঠিক এক স্থানে এক বিন্দুতে মিলিত হয। বালকদিগের পক্ষে এই প্রক্রিয়া সুসাধ্য হওয়া সম্যক্ সুকর নহে; যে সকল পদার্থে সূক্ষ্ম দর্শন হেতু চক্ষুর পরিবর্ত্তন আবশ্যক করে, শৈশবাবস্থায় সেই সকল কার্য্যই অনিশ্চিত ও বিচল হইয়া থাকে। কারণ, এই বিষয়ে চক্ষুর উপযোগিতা পুনঃ পুনঃ অভ্যাস দ্বারা নিঃসন্দেহই অপরিজ্ঞাতভাবেও আপনা হইতেই হইয়া পড়ে।

এই উপার্জ্জিত ক্ষমতা সেন্সরি মোটর্ গ্যানগ্লিয়নিক্ নিউক্লিয়াই (Sensory motor ganglionic neuclei) অর্থাৎ স্পর্শজ্ঞানোৎপাদক ও গতিদ স্নায়ুকোষের আয়ত্তাধীনে আসাতে কোন বাহ্যিক উত্তেজনা উপস্থিত হইবামাত্র তাহার ফল স্বরূপ গতি হইয়া থাকে। অর্থাৎ তখন ইচ্ছা না করিলেও আপনা হইতেই উক্ত উত্তেজনা বশতঃ গতি হইয়া থাকে। ফোক্যাল্ য়াড্জাষ্টমেণ্ট (Focal adjustment) বা রশ্মি একত্র করা সম্বন্ধে আর একটি বিষয় মনোযোগের সহিত দেখিতে হইবে যে এতদর্থে কত পারিপাট্য ও অবিশ্রান্ত পরিবর্ত্তন এককালীন আবশ্যক হয।

যতক্ষণ পর্য্যন্ত কোন ব্যক্তি জাগরিত থাকে, ততক্ষণ পর্য্যন্ত তাহার রেটিনা এবং দৃশ্য-বস্তুর মধ্যবর্ত্তী দূরত্বের প্রত্যেক মুহূর্ত্তে অসংখ্য পরিবর্ত্তন ঘটিয়া থাকে, এই হেতু অক্ষি-দর্পণের মুব্জতারও তদ্রূপ পরিবর্ত্তন ঘটাইয়া দেয়। কারণ, ইহা সপ্রমাণিত হইয়াছে যে, অবিকৃত-দৃষ্টিতে আলোক-রশ্মি যে কেবল রেটিনাতে আনীত হইয়া, পরস্পর এক বিন্দুতে মিলিত হইবে, এমত নহে, উহারা যাহাতে রেটিনার বেসিলারি লেয়ারের (Bacillary layer) ঠিক সেই স্থানে এক

বিন্দুতে পরস্পর মিলিত হইতে পারে এরূপ ভাবে পতিত হওয়াও আবশ্যক হয়।

বর্ত্তমান সময়ের মান্যবর ও প্রাজ্ঞ ব্যবস্থাপকদিগের মতে, সিলিয়ারী পেশীর কার্য্য দ্বারাই দৃষ্টি-কৌশলতা সংসাধিত হইয়া থাকে। "অতএব ডণ্ডার্স সাহেব লিখিয়াছেন পেশীর দর্শনোৎপাদক বিশেষ গুণ কেবল সিলিয়ারি পেশীরই আছে। কিন্তু, যে কৌশল দ্বারা এই ক্ষুদ্র পেশীর সংকোচন শক্তি অক্ষি-দর্পণের আকৃতির পরিবর্ত্তন ঘটায়, (এই প্রশ্ন এক্ষণে যতই কেন মিমাংসিত হউক না) তাহা অদ্যাপি বিশ্বাস ও সন্তোষজনকরূপে স্থিরকৃত হয় নাই"।*

এই মতের পোষণার্থ আমরা ইহা উল্লেখ না করিয়া থাকিতে পারি না যে, যে সকল জন্তুর চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা সমধিক উন্নত (যেমন পক্ষী-জাতির) তাহাদের সিলিয়ারি পেশী সমধিক পুষ্ট। আর যাহারা প্রায়ই তদ্বিরহিত, (যেমন মৎস্য জাতি) তাহাদের সিলিয়ারি পেশী কদাচিৎ সম্পূর্ণাবস্থা প্রাপ্ত হয়।

পূর্ব্বে এরূপ বিশ্বাস ছিল না যে, চক্ষুকে দর্শনোপযোগী করিতে আইরিস সিলিয়ারি পেশীকে সাহায্য করে। কিন্তু ভন গ্র্যাফির একটি রোগী দ্বারা ইহা মিমাংসিত হইয়াছে, কেননা এস্থানে তিনি সমগ্র আইরিস নিষ্কাশিত করিয়া ছিলেন তথাপি য্যাকোমোডেসনের কোন ব্যাঘাত ঘটিয়া ছিল না।

---

* "Accommodation and Refraction of the Eye," by Donders, p. 26 (New Sydenham Society.)

দ্বিতীয় অধ্যায়।

রোগীর চক্ষু ও দৃষ্টি পরীক্ষা করিবার রীতি।——অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র।——অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের ভৌতিক নিয়ম ও ব্যবহার।——অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা সুস্থ চক্ষুর পরিদর্শন।

(EXAMINATION OF THE EYE.) চক্ষু পরীক্ষা করিবার রীতি।

চক্ষু পরীক্ষা করিতে হইলে, প্রথমতঃ উহাকে বিশুদ্ধ উজ্জ্বল আলোকে আলোকিত করা নিতান্ত আবশ্যক। রোগী সুবিধামত কোন গবাক্ষের সম্মুখে উপবিষ্ট থাকিবে, আর চিকিৎসক তথায় এরূপভাবে দণ্ডায়মান হইবেন, যে, তাহাতে আলোকরশ্মি অপ্রতিবোধিতভাবে রোগীর চক্ষুর উপর পতিত হইয়া, তাঁহাকে তদভ্যন্তরস্থ সমুদায় অংশের বিশেষ পরিজ্ঞান জন্মাইয়া দিতে পারে।

অতঃপর এক হস্তের অঙ্গুষ্ঠাঙ্গুলি দ্বারা রোগীর ঊর্দ্ধবর্ত্ম, ও অপর হস্তদ্বারা নিম্নবর্ত্ম উন্মীলিত করিতে হয়। এই ব্যাপার যদিও অতিশয় সহজ, তথাপি ইহাতে সমধিক সাবধানতার আবশ্যক হয়। কারণ, পীড়িত অক্ষিগোলকে সামান্য প্রতিচাপ লাগিলেও কষ্ট ও উত্তেজনা হওয়ায়, তৎক্ষণাৎ উহা হইতে অশ্রু প্রবাহিত হয়, সুতরাং তৎসময়ে চক্ষু পরীক্ষা করিতে পারা যায় না। অক্ষিপুট-দ্বয়কে সাধ্যমত উন্মীলিত করিয়া সিলিয়া বা চক্ষের পাতা, পংটা (Puncta), কন্‌জংটাইভা, স্ক্লেরটিক্, কর্ণিয়া, এবং আইরিসের অবস্থা সযত্নে পরীক্ষা করিতে হয়।

ডিপ্লোপিয়া (Diplopia) স্কুইণ্ট (Squint) বা অপাঙ্গ দৃষ্টির পরিমাণ করিতে হইলে, রোগীকে সম্মুখদিগে কোন দূরস্থ বস্তুর প্রতি দৃষ্টি নিক্ষেপ করিতে বলিবে, এবং তখন রোগীর পীড়িত-চক্ষুবর্ত্মে, ঠিক্ কনীনিকার কেন্দ্রের বিপরীতে, একটি চিহ্ন সংস্থাপন করিবে। পরে সুস্থ চক্ষু মুদিত করিয়া, পার্শ্বস্থ পীড়িত-চক্ষু দ্বারা পার্শ্বস্থিত দূরপদার্থ নিরীক্ষণ করিতে বলিবে, ইহাতে পীড়িত চক্ষু দৃশ্য বস্তুর প্রতি দৃষ্টি নিক্ষেপ জন্য তাহার স্বাভাবিক স্থান হইতে বাহ্যদিকে

অপস্থত হইয়া পড়ে। এই সময়ে, যদি আর একটি চিহ্ন উক্ত কনীনিকা চিহ্নের নিম্ন-বর্ত্মে সংস্থাপন করা যায়, তাহা হইলে এই দুই চিহ্নের অন্তর দ্বারা বক্র-দৃষ্টির পরিমাণ-কোণ নির্ণীত হইতে পারে।

(EXAMINATION OF THE IRIS.) **আইরিস্ পরীক্ষা-প্রণালী।**— পীড়িত চক্ষু পরীক্ষা করিবার সময় আইরিস্ আলোকে উত্তেজিত কি না, অর্থাৎ কনীনিকা, অবাধে আকুঞ্চিত এবং প্রসারিত হইতেছে কি না, তাহা পরীক্ষা করা উচিত। এই বিষয় স্থির করিবার নিমিত্ত, রোগীর সম্মুখে একটি উপযুক্ত দীপ সংস্থাপন করিয়া, কেবল এক পার্শ্ব হইতে আলোক-রশ্মি আনিয়া তির্য্যগ্‌ভাবে রোগীর চক্ষুতে নিক্ষিপ্ত করিতে হয়। কাপড় ভাঁজ করিয়া সুস্থ-চক্ষু ঢাকা উচিত যাহাতে উহাতে আলোকরশ্মি প্রবেশ করিতে না পারে। এই সময়ে পরীক্ষক এরূপ অবস্থানে উপবিষ্ট থাকিবেন, যে তাঁহার এক হস্তের ছাঁয়া উক্ত চক্ষুতে পতিত হইবে অথচ সেই চক্ষুর কনীনিকা দৃশ্য থাকিবে। পরে, কনীনিকার একধারে তাঁহার দৃষ্টি স্থিরভাবে রাখিয়া, উক্ত স্থান হইতে হস্ত অবস্থত করতঃ, উহাতে পুনরায় উজ্জ্বল আলোকাতিত করিবেন। পুনঃ পুনঃ চক্ষুকে এই রূপে আলোকিত ও ছায়াবৃত করিলে, দেখা যাইবে যে, যদি আইরিস্ সুস্থ থাকে, তবে ছায়াবৃত হইলে কনীনিকা প্রসারিত হইয়া যাইবে; ও যে সময়ে আলোক-রশ্মি আসিয়া রেটিনায় স্পর্শ করিবে অমনি উহা আবার সঙ্কুচিত হইয়া যাইবে। এই নিয়মের বিপর্য্যয় ঘটিলে তাহা অত্যন্ত সাবধান হইয়া লক্ষ্য করিতে হয়; কারণ আইরিসের গতিরোধার্থ সাইনেকিয়া* অথবা বাহ্যিক কোন ভৌতিক বাধার কারণ না থাকিলে, তাহার আলোক সংযোগে আবরণ দ্বারা আমরা চক্ষুর আভ্যন্তরিক নির্ম্মাণের অনেক পীড়িতাবস্থা বিশেষরূপে পরিজ্ঞাত হইতে পারি। সে যাহাহউক, আইরিস্ এবং রেটিনাও বহুদূর ব্যাপিয়া পীড়িত থাকিলেও কনীনিকা আলোকাদিতে প্রসারিত ও আকুঞ্চিত হইয়া থাকে। কারণ, ইহা আমি পূর্ব্বেই বলিয়াছি যে, সুস্থ চক্ষুস্থ রেটিনার উপর আলোক পতিত হইলে, প্রতিফলিত কার্য্য (Reflex action) দ্বারা অন্ত

* সাইনেকিয়া (Synechia) শব্দে কর্ণিয়া বা লেন্স-কোষের সহিত আইরিসের সংযোগ বুঝায়।

চক্ষুর কনীনিকা আকুঞ্চিত হয়, সেই চক্ষু য়্যাময়টিক্ (Amawoatic) বা দৃষ্টি বিহীন হইলেও এ নিয়মের কোন ব্যতীক্রম হয় না। পক্ষান্তরে কনীনিকার প্রসারিতও কার্য্য-বিবত অবস্থা, যে কেবল রেটিনায় ব্যাধিত অবস্থাতেই হইবে এরূপ নহে।

সন্দেহ-স্থলে য়্যাট্রোপাইন নামক ঔষধ ব্যবহাব করিতে হয়। তদ্বাবা সাইনেকিয়ার বিদ্যমানতা জানা যায়। সাইনেকিয়া হইলে, কনীনিকা অনিয়মিতরূপে প্রসাবিত হইযা, তদ্বিদ্যমানতা সম্বন্ধে আমা-দিগকে কোনরূপ সন্দেহ জন্মাইতে দেয় না। আব সাইনেকিয়া যদি না থাকে, তথাপিও অক্ষি-বীক্ষণ দ্বাবা চক্ষু পবীক্ষা কবিতে হইলে, এই য়্যাট্রোপাইন ব্যবহাব করিয়া, আমরা চক্ষুব গূঢ় নির্ম্মাণ সকল উত্তমরূপে অবগত হইতে পাবি।

ভিন্ন ভিন্ন অবস্থাতে, কনীনিকাব পবিমাণ নির্ণয়ার্থে কনীনিকা-মান (Pupillometer) * বা পিউপিলোমিটাব নামক যন্ত্র প্রস্তুত হইয়াছে। ইহাতে ডিগ্রিমান বেখাঙ্কিত একটি সমতল দণ্ডে, আব দুইটি লম্বদণ্ড সংলগ্ন আছে; তাহার একটি স্থিবভাব থাকে, অপবটি একটি স্ক্রু (পেঁচ) দ্বাবা চালিত হয়। স্থির লম্বদণ্ডেব পার্শ্ব কনীনিকাব অভ্যন্তব পার্শ্বেব সহিত এক বেখায় রাখিয়া, ও ক্রমশঃ স্ক্রু ঘুবাইযা, গতিশীল লম্বদণ্ডেব পার্শ্বকে কনীনিকাব বাহ্য পার্শ্বেব সহিত ঠিক্ এক বেখায় রাখিলে, তদন্তবর্ত্তী ব্যবধান কনীনিকার ব্যাসবেখা বলিয়া নির্দ্দিষ্ট হয়।

অক্ষিবর্ত্ম এবং অশ্রু-যন্ত্র (ল্যাক্রিম্যাল্ য়্যাপারেটস্)—

কখন কখন বাহ্যপদার্থ অবরুদ্ধ হইলে তাহা দেখিবাব নিমিত্ত বর্ত্মকে উল্টাইতেও হয়। পরীক্ষক এক হস্ত দ্বারা ইস্পাতের একটি প্রোব্ বা তদ্রূপ কঠিন কোন শলাকা অক্ষিবর্ত্মেব উপরিভাগে পুটো-পাস্থির এক রেখায়, বা অক্ষিবর্ত্ম প্রান্তভাগের ½ ইঞ্চ অন্তরে আড়ভাবে রাখিয়া, অপর হস্তদ্বারা কতকগুলি দৃঢ়-মূল বৃহত্তর পক্ষ্ম ধরিয়া, আস্তে আস্তে সম্মুখদিকে কিঞ্চিৎ উত্তোলন করতঃ, উক্ত প্রোবের উপরিভাগ

* "A Handy-book of Ophthalmic Surgery," J. Z Laurence, p. 4.

ঘুরাইয়া অক্ষিপুট উল্টাইবেন। পরে যদি রোগী অধোদিগে দৃষ্টি নিক্ষেপ করে, তাহা হইলে প্যাল্পিব্র্যাল্ কনজংটাইভাকে বিলক্ষণরূপে পরীক্ষা করা যাইতে পারে।

চক্ষু হইতে নাসিকাতে অশ্রু নির্গত হইবাব যে সকল প্রণালী আছে, তাহাদেব অবস্থা পরিজ্ঞাত হওযা অত্যাবশ্যক। কাবণ, দেখা যাইতেছে যে, উহারা প্রতিরুদ্ধ হইলে, অশ্রু নির্দ্দিষ্ট প্রণালী দিয়া বহির্গত হইতে না পারিয়া, চক্ষুর নাসাপার্শ্বস্থ অপাঙ্গদেশে একত্র সংযত হয়; পরে তথা হইতে উচ্ছলিত হইয়া গণ্ডদেশ দিযা প্রবাহিত হইযা পডে। এই সমস্ত অবস্থায়, নিম্ন লিখিত কারণাবলী দ্বাবা উক্ত প্রতিবোধেব অবস্থান সম্বন্ধে যৎকিঞ্চিৎ জ্ঞানলাভ কবা যাইতে পাবে। যদি পংটা এবং ক্যানালিকিউলি (Canaliculi) বা অশ্রুপ্রণালী সুস্থ থাকে, তবে ল্যাক্রিম্যাল্ স্যাকের (অশ্রুথলি) উপরিভাগে আস্তে আস্তে প্রতিচাপ দিলে, পংটা হইতে স্বচ্ছ বিন্দুমাত্র জল নির্গত হইয়া আইসে। কিন্তু উহা হইতে কখনই জল উদ্গীর্ণ হইয়া আসিতে পারে না। অতএব, যদি অবিবত অশ্রু প্রবাহিত হইতে থাকে, এবং যদি অর্বিকিউলারিস্ পেশীব কণ্ডবাব নীচে প্রতিচাপ দিলে, একবিন্দু জল পংটা হইতে নির্গত হইয়া আইসে, তবে এরূপ বিবেচনা কবিতে হইবে যে, নাসা-প্রণালীতে (Nasal duct) উক্ত প্রতিবোধ হইযাছে।

যাহাহউক, এই নিয়মেব বিপর্য্যয়ও ঘটিয়া থাকে। কারণ, যদি পংটার অস্বাভাবিক অবস্থানই অশ্রু-বিগলনের (Lachrymation) কারণ হয়; এবং এই অবস্থা কনজংটাইভাব পুবাতন প্রদাহ এবং ঘনতার কারণে, বা অর্বিকিউলাবিস পেশীর নিস্পন্দতা প্রযুক্তই উৎপন্ন হয়; অথবা যদি অন্য কোন কাবণে উক্ত অংশ অল্প স্থানান্তরিত হয়, তবে ইহা স্পষ্টই প্রতীয়মান হইতেছে যে, কেবল অত্যল্প পবিমিত অশ্রু, অশ্রুথলিতে স্থান প্রাপ্ত হইয়া, অবশিষ্ট অশ্রু গণ্ডদেশ দিয়া প্রবাহিত হইয়া পড়ে। এই সকল অবস্থায় অশ্রুথলি কিযৎপূর্ণ থাকায, উহাব উপর মৃদু প্রতিচাপ দিলে, পংটা হইতে একবিন্দু জল নিঃসৃত হইয়া বহির্দ্দেশে দৃষ্ট হয়। এই উচ্ছলনেব কারণ, অল্প অনুসন্ধানেই উপলব্ধ হইতে পাবে। পংটার স্থানাপসরণই উহার প্রকৃত কাবণ।

যদি এরূপ বিবেচনা হয় যে, পংটা বা ক্যানালিকিউলি (অশ্রুপ্রণালী) রুদ্ধ হইয়া গিয়াছে, তবে পংটমের মধ্যদিয়া একটি সূক্ষ্ম প্রোব্ অশ্রু-প্রণালী ভেদ করতঃ অশ্রু-থলিতে প্রবিষ্ট করাইলে, উক্ত অংশ সকল ক্রমে অনুসন্ধিত হইয়া পড়ে। চক্ষু সুস্থ থাকিলে, এই প্রক্রিয়া সহজেই নিষ্পাদিত হয়; কিন্তু উক্ত অংশ রুদ্ধ হইলে, প্রোব্ নামক শলাকা রুদ্ধস্থান অতিক্রম করিয়া প্রবিষ্ট হইতে পারে না। এই প্রক্রিয়াতে পংটাকে অনাবৃত রাখিবার নিমিত্ত, সাবধানে অক্ষিপুটকে কিঞ্চিৎ উল্টাইয়া রাখিতে হয়; এবং একটি সূক্ষ্ম প্রোব্ লম্বভাবে প্রায় ‡ মানরেখা পরিমিত স্থান পর্য্যন্ত, পংটমের মধ্যে প্রবেশ করাইতে হয়। পরে উহাকে অন্তর্দ্দিকে ল্যাক্রিম্যাল্ স্যাকের অভি-মুখে, সমতলভাবে প্রবিষ্ট করিয়া দিতে হয়। অত্যন্ত সাবধান হইয়া এই প্রোব্ সঞ্চালিত করা আবশ্যক। কারণ, উক্ত প্রণালীর অভ্যন্তর ভাগ যে শ্লৈষ্মিক-ঝিল্লী দ্বারা আচ্ছাদিত, তাহা অতিশয় কোমল। উহা সহজেই ছিন্ন বা আঘাতিত হইতে পাবে; সুতরাং উক্ত প্রণালী পরিশেষে চিররুদ্ধ হইয়া পড়ে।

প্রোব্ (শলাকা) প্রবেশ কালীন, প্রায়ই অশ্রু প্রণালীর এক বা উভয় প্রান্তে অত্যল্প প্রতিরোধ অনুভূত হইতে পারে। উহাতে ঝিল্লি-নির্ম্মিত দুইটি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কপাট থাকায়, এবং প্রণালীমুখের (Orifices) চতুষ্পার্শ্বে বেষ্টিত স্ফিংটার পেশীর স্বাভাবিক সংকোচিকা শক্তি থাকায়, উক্ত ঘটনা ঘটিয়া থাকে। উপরি লিখিত [illegible]ভিমুখে প্রোব্ দ্বারা অবিরত মৃদুরূপে প্রতিচাপ দিতে ২, উক্ত সংকোচনশীল সূত্রসকলের বেগ সত্বরেই অতিক্রামিত হইতে পারে; এবং উক্ত প্রোব্ ল্যাক্রিম্যাল স্যাকে প্রবিষ্ট হইয়া, তৎক্ষণাৎ তদভ্যন্তরস্থ অস্থিময় প্রাচীর পর্য্যন্ত চালান যাইতে পাবে।

অক্ষি-গোলকের আয়াম(Tension)——অত্যন্ত সাবধান হইয়া, অক্ষিবর্ত্ম দ্বয়ের প্রান্ত, বর্ত্ম সম্বন্ধীয় ও আক্ষিক কনজংটাইভা, স্ক্লেরটিক, কর্ণিয়া এবং আইরিসের অবস্থা পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে পরীক্ষা করিয়া, পরিশেষে চক্ষু কি পরিমাণ আয়ামযুক্ত তাহা জ্ঞাত হওয়া সর্ব্বতোভাবে প্রয়োজনীয়। যে চক্ষু পরীক্ষা করিতে হইবেক, রোগীকে তাহা মুদিত করিতে বলিয়া, পরীক্ষক আপনার এক হস্তের তর্জ্জনীর অগ্রভাগ উক্ত মুদিত অক্ষিগোলকের উপরি-

ভাগে মুহুঃ প্রতিচাপ প্রদান করিলে উহা যে পরিমাণে প্রতিরোধ প্রদান করে, সেই পরিমাণই অক্ষিগোলকের আয়াম জানিতে হইবে। সুস্থ অক্ষিগোলক সহজেই টোলখাইয়া যাইতে পারে; কিন্তু পুরাতন গ্লকোমা রোগে উহা প্রস্তরবৎ কঠিন বোধ হয়। মিষ্টার ব্যোমান্ সাহেব বলেন,*—

"চক্ষুর আয়াম নববিধ অংশে বিভক্ত করা সম্ভব ও অত্যন্ত প্রয়োজনীয় মনে করি। এবং কার্য্য সৌকর্য্যার্থেও অতি সৌন্দর্য্যরূপে রোগ বর্ণনা করণার্থে বিশেষ ২ চিহ্নদ্বারা তাহাদের নামকরণ করিয়াছি। সুবিধা ও প্রকৃত পরিমাণ জ্ঞানের নিমিত্ত, উহার প্রত্যেক ডিক্রী বিশেষঃ অঙ্কদ্বারা লিখিত হয়। এই নববিধ বিতানমান নিম্নে প্রদর্শিত হইতেছে।

" ব আয়াম। প, ব প্রকৃত আয়াম। (?) এই প্রশ্ন বোধক দ্বারা সন্দেহ বুঝা যায় (কিন্তু এবম্বিধ বিষয়ে উক্ত সন্দেহ ভঞ্জনের কোন উপায় নাই এরূপ মনে করিয়া ক্ষান্ত থাকিতে হয়। যে সকল অঙ্ক ব অক্ষরের সহিত এক রেখায় অবস্থান করে, তাহার মধ্যে এই (+) যোগ চিহ্ন থাকুক, আর না থাকুক, তদ্দ্বারা বর্দ্ধিত-আয়াম (Increased Tension) জ্ঞাত হওয়া যায়। উহার মধ্যে এই (—) বিয়োগ চিহ্ন থাকিলে, হ্রসমান-বিতান (Diminished Tension) জ্ঞাপন করে। নিম্নে এতদ্বিষয় সবিস্তারে লিখিত হইয়াছে। যথা,—

" ব + ৩, তৃতীয়মান, অথবা সর্ব্বোচ্চ আয়ামমান (Extreme Tension)। ইহাতে অঙ্গুলিদ্বারা দৃঢ় চাপ দিলেও অক্ষিগোলক টোল খায় না।

" ব + ২, দ্বিতীয়মান বা মধ্য-আয়াম। ইহাতে অঙ্গুলি চক্ষুর ত্বক্ সকলকে অল্প চাপিতে পারে।

" ব + ১, প্রথম আয়ামমান। ইহা যদিও স্বল্প, কিন্তু নিশ্চয় সূচক।

" ব + ১ ?. আয়াম বর্দ্ধিত হইয়াছে কি না, এতদ্বিষয়ক সন্দেহ।

" ব প. প্রকৃত আয়াম।

" ব—১ ?. প্রকৃত আয়াম হ্রাস হইয়াছে, এতদ্বিষয়ক সন্দেহ।

---

* "British Medical Journal," 1862, vol. ii. p. 378.

"ব—১ প্রথম স্বল্প-লঘু আয়ামমান (Reduced Tension) যদিও স্বল্প, কিন্তু নিশ্চয় বোধক।

"ব—২ } অন্য লঘুআয়ামমানদ্বয়, অঙ্গুলি সহজেই চক্ষুর ত্বক্-
"ব—৩ } মধ্যে মগ্ন হইয়া যাইতে পারে। যাহাহউক, শব্দদ্বারা

নববিধ বিতানের অর্থবোধ-হওয়া দুর্ঘট।

সচরাচর দেখা যায় এরূপ রোগসমূহ, কোন কোনটি অত্যন্ত সূক্ষ্ম বর্ণনা বলিয়া গণ্য করা যাইতে পারে। কিন্তু অক্ষিগোলকের নানাবিধ ব্যাধির প্রকৃত জাতি সূক্ষ্মরূপ অনুসন্ধান করা হইবে, এরূপ অভিপ্রেত হইলে আমি দেখিয়াছি যে ইহা দ্বারা বিশেষ উপকার হয় এবং যতদূর সূক্ষ্মবর্ণন বাঞ্ছনীয় বা পাওয়া যাইতে পারে তাহা ইহাদের দ্বারা পাওয়া যায়।

দৃষ্টি জ্ঞাপক অক্ষর সমূহ। (TEST TYPES——) দৃষ্টির তীক্ষ্ণতা পরীক্ষা করিবার নিমিত্ত কোন নির্দ্দিষ্ট পরিমাণ রাখা অত্যন্ত প্রয়োজনীয়। উহা দ্বারা, যে কেবল এক ব্যক্তির সহিত অন্য ব্যক্তির দৃষ্টির প্রভেদ অনুভব হয় এমত নহে। পীড়িত ব্যক্তির চিকিৎসার দ্বারা তীক্ষ্ণতা বর্দ্ধিত হইতেছে, কি না তদ্বিষয়েরও অনুসন্ধান পাওয়া যায়। অধুনা সচরাচর স্নেলেন্ সাহেবের দৃষ্টি জ্ঞাপক অক্ষর-সমূহ এই কার্য্যে ব্যবহৃত হইয়া থাকে। এই সকল অক্ষর কতকগুলি সরলরেখার যোগেও লিখিত এবং এমত বিশৃঙ্খলাভাবে বিন্যস্ত যে সামান্য অক্ষরের ন্যায় তাহাদিগকে অনুমান করিয়া বলা যায় না। তিনি আকৃতি অনুসারে এক হইতে বিংশতি সংখ্যক ভিন্ন২ অক্ষরশ্রেণী মুদ্রিত করিয়াছেন। প্রথম সংখ্যক অক্ষরশ্রেণী স্বাভাবিক চক্ষুতে ১ এক ফুট দূরে, ৫ মিনিট্ কোণে দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে; তদতিরিক্ত দূরে উহা স্পষ্ট দৃষ্টিগোচর হয় না। দ্বিতীয় সংখ্যক অক্ষর শ্রেণী, উক্ত কোণে ২ ফুট দূরে দৃষ্টি-গোচর হয়। এইরূপে বিংশতি সংখ্যা পর্য্যন্ত ক্রমশঃ দূরে দূরে দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে।

মনে কর, কোন ব্যক্তির দৃষ্টি হ্রাস হইয়া গিয়াছে। সে ১ ফুট দূরে প্রথম সংখ্যক অক্ষর শ্রেণী দেখিতে না পাইয়া, চতুর্থ সংখ্যক অক্ষরশ্রেণী দেখিতে পায়। এ স্থানে তাহার দৃষ্টিকোণ পাঁচ মিনিট বৃহত্তর কোণের আবশ্যক

করিতেছে কারণ তাহাতে রেটিনাতে বৃহত্তর প্রতিমূর্ত্তি পাইতে পারে। দৃষ্টির তীক্ষ্ণতার পরিমাণ নিম্নে প্রদর্শন করা যাইতেছে।

ত=তীক্ষ্ণ দৃষ্টি।

দ=যত দূর হইতে অক্ষর দৃষ্ট হয়।

দ=যত দূর হইতে ৫ মিনিট কোণে অক্ষর দৃষ্ট হয়।

$$\text{অতএব ত} = \frac{\text{দ}}{\text{দ}}$$

উদাহরণ। কোন ব্যক্তি চক্ষুকে উপযুক্তরূপ স্থাপন করিয়া বিংশতিতম অক্ষরশ্রেণীকে বিংশতি ফুট দূরে না দেখিয়া, যদি ১০ ফুট দূরে দেখে তবে উহার দৃষ্টির তীক্ষ্ণতার হ্রাস হইয়াছে বলিতে পারা যায়।

$$\text{ত} = \frac{১০}{২০} = \frac{১}{২}।$$

তিনি যদি, তৃতীয় সংখ্যক অক্ষর শ্রেণী ১ ফুট অন্তর হইতে দেখিতে পান, তবে তাঁহার দৃষ্টির তীক্ষ্ণতা ত=$\frac{১}{৩}$। অন্যান্য স্থলেও এইরূপ।

বয়স ও ব্যক্তি বিশেষে দৃষ্টির দূরত্বের তারতম্য হইয়া থাকে। স্বাভাবিক অবস্থায় ৩$\frac{১}{২}$ হইতে ৪ ইঞ্চ দূরে স্পষ্টরূপ দেখা যায়, ইহাই লঘুতম দূরত্বের সীমা। দীর্ঘতম দূরত্বের সীমা নাই অর্থাৎ যতদূর ইচ্ছা দেখা যাইতে পারে, যে স্থানে আকাশমণ্ডলীয় বা ভৌতিক কারণ সকল আলোক আসিবার প্রতিবন্ধক হয়, তাহাই হইবার শেষ সীমা।

দৃষ্টিক্ষেত্র*। (Visual Field)——রেটিনার ম্যাকিউলা লিউটিয়াতে সম্পূর্ণ দৃষ্টিশক্তি থাকিতে পারে; অথচ তদ্বহিঃস্থ রেটিনার কার্য্য একেবারে বিলুপ্ত হইতে পারে। এই নিমিত্ত দৃষ্টিক্ষেত্রের পরিমাণ অর্থাৎ রেটিনার যে যে ভাগ আলোক গ্রহণ করিতে পারে, তাহা নির্ণয় করা সর্ব্বতোভাবে প্রয়োজনীয়।

নিম্ন লিখিত প্রকারে দৃষ্টিক্ষেত্রের পরিমাণ নির্ণয় করিতে পারা যায়। একখানি কৃষ্ণবর্ণ বোর্ড বা নীল কাগজাবৃত একখানা ফ্রেম্ হইতে ১ ফুট্ অন্তরে, রোগীকে উপবিষ্ট করাইয়া, একখানি ফুলখড়ী দ্বারা বা পেন্‌সিল্

* ক্ষেত্র অর্থাৎ স্থান এস্থানে ইংরেজী অনুবাদের হেতু ক্ষেত্র শব্দ ব্যবহার করা গিয়াছে।

উক্ত বোর্ডের ঠিক্ মধ্যস্থল ঢেরা + চিহ্নাঙ্কিত করিয়া, তাহাকে এক চক্ষু মুদিত ও অপর চক্ষুদ্বারা তদ্দর্শনে দৃষ্টি নিয়োজিত রাখিতে আদেশ করিতে হয়। এইরূপ করিলে, পরে উক্ত খড়িখানি ক্রমশঃ বোর্ডের নিম্ন, ঊর্দ্ধ, দক্ষিণ ও বাম চতুর্দ্দিকে সমতলভাবে লইয়া যাইতে হয়। ইহাতে রোগী উক্ত স্থানে দৃষ্টি নিয়োজিত রাখিয়া, প্রত্যেক দিকে যতদূর পর্য্যন্ত দেখিতে পায়, তাহার সীমা অঙ্কিত করিলে, তাহাই দৃষ্টিক্ষেত্রের পরিমাণ-সীমা। ইহার মধ্যবর্ত্তী বিন্দু বা স্থানগুলিও এইরূপে নির্ণীত হইতে পারে, তৎপরে তাহাকে বোর্ড বা কাগজোপরি বাহ্যসীমা অঙ্কিত করিলে দর্শনোপযোগী স্থানের সীমা নির্দ্দেশ হয়। অপর চক্ষুও ঐ রূপে পরীক্ষিত হইতে পারে।*

রোগীর একচক্ষু মুদিত করিয়া, অপর চক্ষু দ্বারা পরীক্ষকের কোন চক্ষুতে দৃষ্টি নিয়োজিত রাখিলেও, একপ্রকার সামান্য রূপে দৃষ্টিক্ষেত্র নিরূপিত হইতে পারে। যখন রোগী এরূপ দৃষ্টি নিয়োজিত রাখে তখন পরীক্ষক নানা-দিকে অঙ্গুলি লইয়া, কতদূর পর্য্যন্ত স্থান সে দেখিতে পায়, এবং কোথায় তাহার দৃষ্টিরোধ হয় ইহা নির্ণয় করেন, ম্যাকিউলা লিউটিয়ার পার্শ্বস্থ রেটিনা যদি কোন দিকে কার্য্যাক্ষম হয়, তবে দৃষ্টিক্ষেত্রের সেইদিকে অঙ্গুলি আসিলে, রোগী তাহা দেখিতে পায় না; সুতরাং ইহাতে রেটিনার যে ভাগ পীড়িত হইয়া কার্য্য করিতে অক্ষম হইয়াছে, তাহাও নিরূপিত হইতে পারে অর্থাৎ যে স্থানে রোগী দৃষ্টি করিয়া আছে, (এস্থলে পরীক্ষকের চক্ষু) সে স্থান ভিন্ন অন্য দিকে অঙ্গুলি লইয়া গেলে তাহা দেখিতে পায় না।

যদি কোন ব্যক্তির দৃষ্টি এতদূর বিনষ্ট হইয়া গিয়া থাকে, যে সে প্রদর্শিত অঙ্গুলির সংখ্যাও নির্ণয় করিতে পারে না, এমত স্থানেও দৃষ্টিক্ষেত্র নিরূপণ করা শ্রেয়ঃ। ইহা এইরূপে নির্ণীত হয়—রোগী এক চক্ষু মুদিত করিয়া অপর চক্ষু দ্বারা কৃষ্ণবর্ণ বোর্ডের উপরিভাগে ভ্রাম্যমান চন্দ্রাকৃতি কোন শ্বেত-বর্ণ বস্তুর প্রতি দৃষ্টি নিক্ষেপ করিবেক; এবং যে যে স্থানে উক্ত বস্তু তাহার দৃষ্টিগোচর হইবে, সেই সেই স্থান চিহ্নিত করিয়া রাখা উচিত। অথবা, পরীক্ষক রোগীর সম্মুখে, এক ফুট অন্তরে এক হস্ত উত্তোলন করতঃ, তদ্দিকে

* "Recent Advances in Ophthalmic Surgery," by Dr. Williams of Boston, U. S., p. 30.

রোগীকে দৃষ্টি নিক্ষেপ করিতে বলিয়া, তথায় একটি প্রদীপ্ত দীপশিখা নানা দিকে ভ্রামিত করিবেন। ইহাতে যে যে স্থানে উক্ত দীপশিখা রোগীর দৃষ্টি-গোচর হয়, সেই সেই স্থান চিহ্নিত করিয়া রাখা আবশ্যক। তাহা হইলেই দৃষ্টিক্ষেত্রের সীমা নিরূপিত হইল।

অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র। (OPHTHALMOSCOPE.)

অধুনা চক্ষুর গভীরতর প্রদেশের পরীক্ষার নিমিত্ত অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র এত ব্যবহৃত হইতেছে, ও পূর্ব্বে যে সকল পীড়া নির্ণয় করা দুষ্কর বলিয়া বোধ হইত, সেই সকল পীড়া নির্ণয়ের নিমিত্ত উহা যে কতদূর উপযোগী হইয়াছে, তদ্বিষয়ে আমার এস্থলে বিস্তৃতি বর্ণনার কোন প্রয়োজন হয় না।

চক্ষুকে আলোকিত করিবার বিষয়।——আমরা অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র ব্যতিরেকে, কি নিমিত্ত চক্ষুর অভ্যন্তর দেখিতে পাই না, এবং কি নিয়মেই বা উক্ত যন্ত্র আমাদের অভিপ্রেত কার্য্য সাধনের সম্পূর্ণ উপযোগী হইয়া থাকে; পশ্চাদ্দর্শিত ৩য়, প্রতিকৃতি দেখিলেই তদ্বিষয় স্পষ্ট বোধগম্য হইবে। এই প্রতিকৃতিতে A পরীক্ষণীয় চক্ষু, F দূরবিন্দু দর্শনোপযোগী হইয়া অবস্থিত আছে; এবং ঠিক্ এই F বিন্দুতে একটি দীপশিখা উদ্দীপ্ত রহিয়াছে, এরূপ মনে করিতে হইবেক। এক্ষণে, ইহা স্পষ্টই প্রতীয়মান হইতেছে যে, F আলোকময় পদার্থ হইতে কতকগুলি রশ্মি (Divergent rays) ক্রমশঃ বিকীর্ণ হইয়া, A পরীক্ষণীয় চক্ষুর কর্ণিয়াতে পতিত হয়; এবং তথা হইতে চক্ষুর ডায়প্‌ট্রিক্ মিডিয়া অর্থাৎ দৃষ্টিপথ দিয়া গমন করায়, বক্র (Refract) হইয়া, এই সকল রশ্মির কতকগুলি ঐ স্থানে মিশাইয়া (Absorbed) যায়; আর কতকগুলি চক্ষুর ফণ্ডস্ বা তলদেশের বিধান দ্বারা প্রতিফলিত (Reflect) হইয়া, যে যে স্থান দিয়া যে যে প্রকারে চক্ষুর মধ্যে প্রবেশ করিয়াছিল, সেই সেই স্থান দিয়া সেই সেই প্রকারে বহির্গত হয়। সুতরাং তজ্জন্যই ঐ সকল রশ্মি যে বিন্দু হইতে বিকীর্ণ হইয়াছিল, ঠিক্ সেই F বিন্দুতেই পুনর্মিলিত (Focussed) হয়। এই হেতু পরীক্ষকের চক্ষু F বিন্দুতে না থাকিলে, উক্ত প্রতিফলিত রশ্মি সকল কোনমতেই পরীক্ষকের চক্ষুতে

প্রবেশ করিতে পারে না। পরীক্ষকের চক্ষু *p* বিন্দুতে, কিম্বা F* ভিন্ন অন্য কোন বিন্দুতে থাকিলে, A চক্ষুর কনীনিকা অন্ধকারময় বোধ হয়। এক্ষণে, যদি দীপশিখার পরিবর্ত্তে উক্ত F বিন্দুতে একখানি মধ্য-ছিদ্র দর্পণ রাখা যায়, এবং অন্য স্থান হইতে ঐ দর্পণে রশ্মি প্রতিফলিত করিয়া A চক্ষুতে পাতিত করা যায়, তাহা হইলে উক্ত রশ্মিচয় A র রেটিনা হইতে প্রত্যাগত হইয়া, উক্ত মধ্য-ছিদ্র দর্পণের ছিদ্র দিয়া, তৎপশ্চাদ্বর্ত্তী পরীক্ষকের চক্ষুতে প্রবেশ করিতে পারে। (৩য়, প্রতিকৃতি দেখ)।

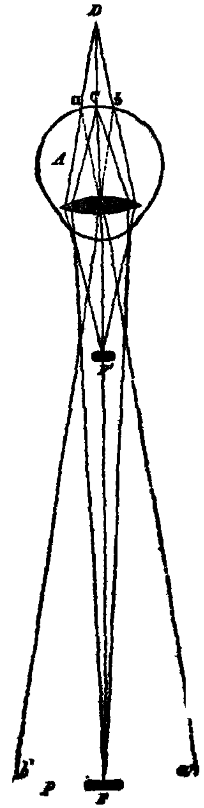
অপিচ উক্ত দীপশিখা যদি F বিন্দু হইতে F´ বিন্দুতে আনীত হয়, এবং যদি রোগীর পরীক্ষণীয় চক্ষু উক্ত A F দূর পর্য্যন্ত দর্শনোপযোগী থাকে, তবে F´ হইতে রশ্মিচয় বিকীর্ণ হইয়া A তে পতিত ও A র দৃষ্টিপথে আসিয়া তির্য্যক্‌ভাবে ভগ্নগতি হওতঃ, C বিন্দুর পশ্চাদ্ভাগে D বিন্দুতে মিলিত হইতে পারিত; কিন্তু চক্ষুর ফণ্ডস্ দ্বারা প্রতিরোধ প্রাপ্ত হইয়া, *n* হইতে *b* পর্য্যন্ত সমুদায় স্থান বৃত্তাকারে আলোকময় করে। কিন্তু A, দূরবিন্দু F দর্শনোপযোগী, F´ বিন্দু দর্শনোপযোগী নহে। এই নিমিত্ত উক্ত *a b* বৃত্তের যে কোন বিন্দু হইতে হউক না কেন, রশ্মি প্রতিফলিত হইয়া A চক্ষু হইতে বহির্গমন করতঃ, A F দূরে পুনঃমিলিত হয়। অপরন্তু, যে সকল রশ্মি *a* কিম্বা *b* বিন্দু হইতে প্রতিফলিত হয়, তাহারা যথাক্রমে *a´* ও *b´* বিন্দুতে মিলিত হয়। এই *á* ও *b´* বিন্দু, *a* ও *b* বিন্দু হইতে অক্ষি-দর্পনের (Optical centre) দর্শন কেন্দ্রস্থ বিন্দু পর্য্যন্ত রেখা টানিয়া, তাহাদিগকে পরিবর্দ্ধিত করিলে যে দুই রেখা হয়, যথাক্রমে তাহাতেই অবস্থান করে। এক্ষণে এইরূপ অবস্থায় যদি পরীক্ষকের চক্ষু *p* প্রভৃতি বিন্দুতে থাকে, তবে A র রেটিনা হইতে অত্যল্প রশ্মি উহাতে আসিয়া উপনীত হইতে পারে; সুতরাং তদ্দ্বারা তিনি কোন দর্পণের সাহায্য ব্যতিরেকেও উক্ত রেটিনাকে আলোকিত দেখিতে পান।

এই সকল বিষয় বোধগম্য হইলে, অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র কি প্রণালীতে চক্ষুকে আলোকিত করে, তাহা সহজেই প্রতীয়মান হইবে। বাস্তবিক এই যন্ত্র এক-

* "Manual of Instructions for the guidance of Army Surgeons in Testing the Range and Quality of Vision." By Deputy Inspector general J. Longmore, Professor of Military Surgery at the Army Medical School page, 38.

খানি দর্পণ মাত্র। উহা এরূপেনির্ম্মিত হইয়াছে, যে, পরীক্ষকের চক্ষু ঠিক্ উক্ত দীপ-শিখার স্থানে অবস্থিত হইতে পারে। ৪ র্থ প্রকৃতিতে এই বিষয় স্পষ্ট প্রদর্শিত হইয়াছে। চক্ষুর মধ্যে আলোক প্রবিষ্ট হইলে, যে পথে উহার গতি বক্রভাব হইয়া যায়, কেবল সেই পথ (Refracting media) দ্বারাই চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ গভীর নির্ম্মাণ সকল দেখিতে পাওয়া যায় বলিয়া, সুন্দররূপ দেখা যাইতে পারে এরূপ স্থান সকলের প্রতিমূর্ত্তি (Image) তথায় কি প্রকারে সংঘটিত হয়, এস্থলে তদ্বর্ণনা সমধিক প্রয়োজন বোধ হইতেছে।

৩য়, প্রতিকৃতি।



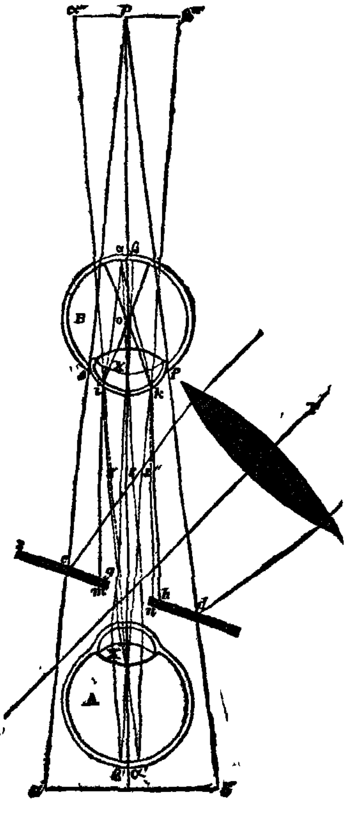
প্রতিমূর্ত্তি সংঘটন। (FORMATION OF IMAGE)—অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিবার দুই প্রণালী আছে; সাক্ষাৎ ও পরম্পরায়; প্রথম প্রণালী দ্বারা উর্দ্ধশিরঃ জ্যামিতিক মূর্ত্তি (Erect geometrical image) ও দ্বিতীয় প্রণালী দ্বারা অধঃশিরঃ শূন্যমূর্ত্তি (Inverted aerial image) দৃষ্ট হয়।

১ মতঃ। প্রথম প্রণালী, ৪ র্থ প্রতিকৃতি দর্শন করিলে, স্পষ্ট বোধগম্য হইতে পারে। উহাতে A ও B বিন্দুদ্বয় যথাক্রমে পরীক্ষক ও রোগীর চক্ষু। F আলোকের উৎপত্তি স্থান। F হইতে *a b* রশ্মি-স্তনাকার * (Cone of rays) L উভয়-দিক্-ন্যুব্জ দর্পণে পতিত হইতেছে। এই L দর্পণ, F এবং অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র S এতদুভয়ের মধ্যে সংস্থাপিত। *c d* এই যন্ত্রের মসৃণ উপরিভাগ। অপিচ উক্ত বিকীর্ণ রশ্মি-

* ইংরেজীতে কোন্ (Cone) শব্দে স্তনাকার বুঝায়।

গুলি, L দর্পণে প্রবিষ্ট হইয়া আলোক সংগ্রহকারী ও তথা হইতে বিন্দুতে মিলিত হইবার* নিমিত্ত ক্রমসংকীর্ণ হওতঃ, S দর্পণে পতিত হয়; কিন্তু তথায় মিলিত হইতে না পারিয়া এরূপে প্রতিফলিত হয়, যে, বোধ হয় এই রশ্মি সকল ঠিক্ *a′ b′* হইতে আসিতেছে, ও *p* বিন্দুরদিগে পরস্পর মিলিত হইতেছে। এই সকল প্রতিফলিত রশ্মি রেখার যাহারা *g i* ও *h k* র মধ্যে অবস্থিত তাহারা B চক্ষুর দৃষ্টিপথে পতিত ও তথায় বক্রগতি হইয়া, চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ O বিন্দুতে মিলিত হয়; এবং তথা হইতে পুনর্ব্বার বিকীর্ণ হইয়া B চক্ষুর রেটিনাতে একটি আলোক বৃত্তের উৎপত্তি করে। যদি এই বৃত্তের এমত দুই বিন্দু লওয়া যায়, যথা *a* ও *B*, তাহা হইলে যে তথা হইতে প্রতি ফলিত রশ্মি অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের মধ্য-ছিদ্র *m n* দিয়া চক্ষুর অভ্যন্তরে প্রবেশ করতঃ, A র রেটিনায় যথাক্রমে *a′* ও *B′* বিন্দ তেএকত্র মিলিত হয়। এই

৪ র্থ, প্রতিকৃতি।



(From Carter's translation of *Zander*)

* কেন্দ্রবিন্দুতে পরস্পর মিলিত হইবে বলিয়া, কোন বস্তুর ভিন্ন ভিন্ন বিন্দু হইতে আলোক-রশ্মি আসিলে, তাহারা যে ভাবে আইসে, ইংরেজী ভাষায় তাহাকে কনূভার্জ্জ (Converge) শব্দে উল্লেখ করে। বাঙ্গলা ভাষায় তাহাকে কেন্দ্রবিন্দুমুখ শব্দে অভিহিত করা গেল।

রূপ পরীক্ষক B র পশ্চাদ্ভাগে, a B র একটি ঊর্দ্ধশিরঃ, বৃহত্তর, প্রতিমূর্ত্তি a'' B'' দর্শন করিয়া থাকেন। **

এমত স্থলে রেটিনা স্পষ্টরূপে দেখিবাব নিমিত্ত অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র রোগীর চক্ষুর অতি সন্নিকটে রাখা আবশ্যক। তাহা হইলে, রোগীর চক্ষু হইতে যে সকল রশ্মি প্রতিফলিত হইয়া আইসে, তাহাদের মধ্য-রশ্মিগুলি পরীক্ষকের রেটিনাতে স্পষ্ট প্রতিমূর্ত্তি সংস্থাপন করে। কিন্তু, যদি অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র রোগীর চক্ষু হইতে ১২ কিম্বা ১৪ ইঞ্চ দূরে লইয়া যাওয়া হয়, তাহা হইলে উক্ত স্তনাকাব-রশ্মির (Cone of light) অভ্যন্তরস্থ ও বাহ্যস্থ সমুদায় রশ্মি অক্ষি-বীক্ষণের দর্শন-ছিদ্রেব ভিতর দিয়া বহির্গত হইয়া যায় এবং রেটিনার রক্তবহা নাড়ী সকল বা অন্য কোন অংশ অস্পষ্ট লক্ষিত হয়।

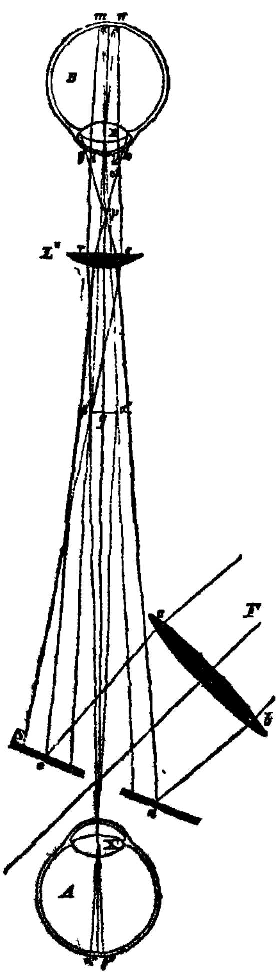
অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত চিকিৎসকেব চক্ষু রোগীর চক্ষুব অতি সন্নিকটে রাখাও অসম্ভব ও সমধিক কষ্টদায়ক বলিয়া, এই প্রণালীব কিঞ্চিৎ পরিবর্ত্তন করা অতীব প্রয়োজনীয়। এই নিমিত্ত অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র ও রোগীর চক্ষু, এতদুভয়েব মধ্যে একখানি কুব্জ* (Concave) দর্পণ রাখিলে, উক্ত অসুবিধার অনেক লাঘব হয়। ইহাতে রোগীর রেটিনা হইতে রশ্মি সকল প্রতিফলিত হইয়া আসিয়া, উক্ত কুব্জ দর্পণে প্রবিষ্ট হয়, এবং তাহাতে তথা হইতে বিকীর্ণ হয এবং অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্রেব স্তনাকাব রশ্মিব বাহ্যভাগ ছিদ্রে প্রবেশ না করিয়া দর্পণের অন্যান্য স্থানে পতিত হয।

গ্রীক্ ভাষায় a এই অক্ষরের নাম য়্যাল্‌ফা। B এই অক্ষরের নাম বিটা। a' য়্যাল্‌ফাড্যাস্। B′ বিটাড্যাস্। B″ বিটা ডবলড্যাস্ ইত্যাদি।

** কার্টার সাহেব কৃত জ্যাণ্ডার সাহেবের গ্রন্থের অনুবাদ ৮৫ পৃষ্ঠা পাঠ করিলে, এই বিষয়ের গাণিতিক প্রমাণ পাওয়া যাইতে পারে। উহাতে দর্শক ও পরীক্ষক উভয়েরই চক্ষু স্বাভাবিক (Emmetropic) অর্থাৎ সচরাচর যে দূর হইতে দেখা যায়, সেই দূর হইতেই দর্শনীয় পদার্থের পরিষ্কৃত ও সুস্পষ্ট প্রতিমূর্ত্তি সংস্থাপিত হয়, এরূপ বিবেচিত হইয়াছে। আর, এইস্থলে যদ্রূপ মূর্ত্তির আকৃতি বর্দ্ধিত হয়, তদ্রূপ উহার উজ্জ্বলতা এবং সীমা নির্দ্দেশ না হইয়া, অপর প্রণালী দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিলে, যেরূপ উজ্জ্বল, তীক্ষ ও সুন্দর প্রতিমূর্ত্তি অবলোকিত হয়, উহা তাহার সম্পূর্ণ বিপরীত। এই গ্রন্থের সমুদয় স্থলে, অক্ষিবীক্ষণ শব্দে কবৃসিয়স্ সাহেবের অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র ব্যবহার করিতেই আদিষ্ট হইয়াছে। তবে কোন২ স্থলে নামোল্লেখ করিয়া অন্যকৃত যন্ত্রেরও ব্যবহার করিতে বলা গিয়াছে।

* খিলানের অন্তর্দ্দেশ, এবং বহির্দ্দেশ ইংরেজীতে কন্‌কেভ্ (Concave) এবং কন্‌ভেক্স্ (Convex) শব্দে আখ্যাত হয।

৫ ম, প্রতিকৃতি।



স্বাভাবিক চক্ষু (Emmetropic) ৪ কিম্বা ৫ ইঞ্চ দূর হইতে, সাক্ষাৎ প্রণালী দ্বারা পরীক্ষা করিলে, রেটিনায় উর্দ্ধশিবঃ মূর্ত্তি স্পষ্ট দৃষ্ট হয়। কিন্তু ১৪ কিম্বা ১৫ ইঞ্চ দূর হইতে পরীক্ষা কবিলে, স্পষ্ট মূর্ত্তি দৃষ্ট হয় না। আলোক বক্র কবিবার যে শক্তি আছে তাহা কোন প্রকাবে অস্বাভাবিক হইলে এই নিয়মের ব্যতিক্রম ঘটিয়া থাকে। যথা—

নিকট-দর্শী (Myopi-) চক্ষুতে উর্দ্ধশিবঃ মূর্ত্তি কথনই দৃষ্ট হয় না। কিন্তু ১৪। ১৫ ইঞ্চ দূবে অধঃশিবঃ মূর্ত্তি স্পষ্ট দৃষ্ট হইবা থাকে।

দূব দর্শী (Hypermetropic) চক্ষুতে ১৪। ১৫ ইঞ্চ দূর হইতে রেটিনায, উর্দ্ধশিরঃ মূর্ত্তি স্পষ্ট দৃষ্ট হইযা থাকে।*

২ য় তঃ। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বাবা পরম্পবা (Indirect) প্রণালীতে কিরূপে চক্ষু পরীক্ষা করিতে হয়, নিম্নে তাহা লিখিত হইতেছে।

সাক্ষাৎ প্রণালীতে রোগী, দীপশিখা ও অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রকে যে যে স্থানে রাখিতে হয়, ইহাতেও তাহাদিগকে সেই২ স্থানে রাখিতেহয। অতিরিক্তের

* যখন দৃষ্টিপথের আলোক বিন্দুমুখ করিবাব শক্তি স্বাভাবিক অবস্থা অপেক্ষা মহতী হয়, তখন তাহাকে মাইওপিক্ বা নিকট দৃষ্টি কহে। সমান্তরাল রশ্মির রশ্মিকেন্দ্র

অথো, কেবল একখানি ন্যুজ কাচের লেন্স্ রোগীর চক্ষুর সম্মুখে ধরিতে হয়। ৫ ম, প্রতিকৃতিতে, A পরীক্ষকের চক্ষু, B রোগীর চক্ষু, F আলোকের উৎপত্তি স্থান, এবং L′ একখানি ন্যুজ কাচের লেন্স্। এই L′ হইতে কোন বিন্দুমুখ কোনাকার রশ্মি S দর্পণে পাতিত করিলে, উহা S র উপবিভাগ $c\ d$ হইতে প্রতিফলিত হইয়া, পরস্পর O বিন্দুতে মিলিত হইতে পারিত। কিন্তু L″ আর একখানি ন্যুজ লেন্স্ (Object lens) রোগীর চক্ষুর সম্মুখে রাখাতে, উহা নিকটবর্ত্তী p বিন্দুতে একত্র মিলিত হয়, এবং তথা হইতে পরস্পর বিভক্ত হইয়া বিকীর্ণ হয় ও পরিশেষে B র কর্ণিয়া $g\ h$ তে পতিত হইয়া পরস্পর বিভক্ত হয়। এই সকল রশ্মির যে গুলি কনীনিকা i k পথে প্রবিষ্ট হয়, তাহা চক্ষুর অভ্যন্তরে প্রবেশ করতঃ, কিয়ৎ পরিমাণে বিন্দুমুখ হইয়া, রেটিনার উপবিভাগে $m\ n$ আলোকবৃত্ত উৎপন্ন করে। এই $m\ n$ বৃত্তের যে কোন দুই বিন্দু a ও B হইতে রশ্মি প্রতিফলিত হইয়া B চক্ষুর দর্শনানুরূপ স্থিতি অনুসারে সমান্তরাল বা ঈষৎ বিন্দুমুখভাবে বহির্গত হইয়া যায়, পরে L″ ন্যুজ দর্পণে উহার গতি তির্য্যক্‌ভাবে বক্র হইয়া, যথাক্রমে a' ও B' বিন্দুতে মিলিত হয়। এই a' ও B' বিন্দুর দূরতা L″ মুকুরের আলোক মিলনের স্থান (Principal focus) হইতে রেটিনা যতদূর ততদূর হইয়া থাকে অর্থাৎ q পর্য্যন্ত দূরের ঠিক সমান। এইরূপে উক্ত $a\ B$ র একটি (Real, inverted, and magnified image) প্রকৃত, অধঃশিরঃ, বৃহত্তর মূর্ত্তি $a'\ B'$ সংস্থাপিত হইল। পরীক্ষক এই মূর্ত্তি ১২ কিম্বা ১৪ ইঞ্চ দূরে দেখিতে পান। a' হইতে বিকীর্ণ রশ্মি, পরীক্ষকের রেটিনায় a'' বিন্দুতে, এবং B'' হইতে বিকীর্ণ রশ্মি, তথায় B'' বিন্দুতে যথাক্রমে আসিয়া মিলিত হয়।

রেটিনার সম্মুখে পতিত হয়, এবং কেবল ক্রমবিকীর্ণ রশ্মিই রেটিনায় রশ্মিকেন্দ্রে মিলিত হয়, তখন ইহাকে নিকটদর্শী চক্ষু কহে। ইংরাজী ভাষায় ইহাকে মায়োপিক্ (Myopic) কহে। এই চক্ষুতে কেবল নিকটবর্ত্তী বস্তু সকলই দৃষ্টি-গোচর হইয়া থাকে। দূর-দৃষ্টি (Hypermetropia) অদূর-দৃষ্টির সম্পূর্ণ বিপরীত। ইহাতে সমান্তরাল রশ্মি রেটিনার পশ্চাতে কোন বিন্দুতে মিলিত হয়, কেবল বিন্দুমুখ রশ্মিই রেটিনায় কেন্দ্র-বিন্দুতে মিলিত হইয়া থাকে। এই সকলে এবং পরবর্ত্তী উদাহরণ সকলে, রোগীর চক্ষু স্বাভাবিক অবস্থাতে আছে (Emmetropic) এরূপ মনে করিতে হইবেক, অথবা উপযুক্ত চসমা ব্যবহার করিলে, ক্রমবিকীর্ণ ও সমান্তরাল উভয় রশ্মিই তাঁহার রেটিনায় এক রশ্মিকেন্দ্রে মিলিত হইতে পারে।

মাস্তবর কার্টার সাহেব এই সকল অবস্থায়, শূন্য-মূর্ত্তি ও অধঃশির-মূর্ত্তি ঘটনা নিম্ন লিখিতরূপে বর্ণনা করিয়াছেন—

"অক্ষিবীক্ষণ দর্পণকে চক্ষু হইতে প্রায় ১৮ ইঞ্চ দূরে লইয়া গিয়া, তন্মধ্য দিয়া যে কোন দূর বস্তু দর্শন করা যাউক না কেন, অধঃশিরঃ মূর্ত্তি অবলোকিত হইয়া থাকে। আমরা এই মূর্ত্তি উক্ত দর্পণে যেন চিত্রিত রহিয়াছে এরূপ বোধ করি, কিন্তু বাস্তবিক তাহা নহে। উহা শূন্যে প্রতিবিম্বিত হয়, এবং উহা দর্পণের রশ্মিকেন্দ্রের দূরতানুসারে (Focal length), উক্ত দর্পণ অপেক্ষা আমাদের চক্ষুর অতিশয় নিকটবর্ত্তী হয়। সামান্য পরীক্ষা দ্বারা এই বিষয় সহজেই মীমাংসা হইতে পারে। একখানা মুদ্রিত কাগজ এক চক্ষু মুদ্রিত করিয়া অপর চক্ষুরদিকে, যতক্ষণ পর্য্যন্ত না অক্ষরগুলি অস্পষ্ট দৃষ্ট হইতে আরম্ভ হয়, ততক্ষণ পর্য্যন্ত ক্রমশঃ আনয়ন করিতে হয়। পরে, যে স্থলে এই অস্পষ্টতা হইতে আরম্ভ হইল, চক্ষু হইতে সেই স্থানের দূরতা নির্ণয় কর। মনে কর, উহা যেন ৮ ইঞ্চ। একণে পুনরায় অধঃশিরঃ মূর্ত্তি দেখ ও ক্রমেং দর্পণ চক্ষুরদিকে আনয়ন কর, এবং যে স্থলে মূর্ত্তি অস্পষ্ট অনুভূত হইতে থাকে, তাহা পূর্ব্বোক্ত স্থান হইতে কতদূর অন্তরে অবস্থিত, তাহার পরিমাণ স্থির কর। এই দূরতার পরিমাণ ৮ ইঞ্চ + দর্পণের বিন্দুমুখ দৈর্ঘ্য (Focal length)। দর্পণের বিন্দুমুখ দৈর্ঘ্যতা ২ ইঞ্চ হইলে, উহা ১০ ইঞ্চ হইবে; এবং ৩ ইঞ্চ হইলে, ১১ ইঞ্চ হইবে। ইহা দ্বারা এই জানা যাইতেছে, যে, অধঃশির মূর্ত্তি দর্পণের সম্মুখদিকে অর্থাৎ দর্শকেরদিকে থাকে, এবং উহা চক্ষু হইতে ৮ ইঞ্চ দূরের মধ্যেই অবস্থিতি করে। কিন্তু দর্পণ তদপেক্ষা অধিক দূরে অবস্থান করিয়াথাকে।"

পরম্পরা প্রণালী দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিলে :—

১ মতঃ। ১২ কিম্বা ১৪ ইঞ্চ দূর হইতে রেটিনার কোন রক্তবহা-নাড়ী বা তদুপরিস্থ অন্য কোন ক্ষুদ্র পদার্থ স্পষ্ট দৃষ্টি-গোচর হইয়া থাকে।

২ মতঃ। যদিও মূর্ত্তি অধিক পরিমাণে বৃহৎ হয় না, কিন্তু দৃষ্টিক্ষেত্র বৃহত্তর হয়; সুতরাং তাহাতে ফণ্ডসের অর্থাৎ চক্ষুর তলদেশের প্রায় অধিকাংশ স্থান একেবারে দৃষ্ট হয় বলিয়া, উহার ভিন্ন ভিন্ন অংশ সকল পৃথক্ পৃথক্ ও এক সঙ্গে সমালোচনা করিয়া, অনুভব করা যাইতে পারে।

ও যুক্তঃ। সাক্ষাৎ প্রণালী অপেক্ষা ইহাতে অধিকতর পরিষ্কার ও উজ্জ্বল মূর্ত্তি দেখিতে পাওয়া যায়।

অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্রের পরীক্ষা।——সচরাচর ব্যবহারের নিমিত্ত, কোক্সিয়স্ সাহেবের আবিষ্কৃত অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র অন্যান্যপেক্ষা অধিকতর অনুমোদনীয়। উহাতে উভয়বিধ প্রণালী দ্বারাই পরীক্ষা হইতে পারে। ইহা আকৃতিতে লিব্রিচ্ সাহেবের অক্ষিবীক্ষণ হইতে বৃহৎ; কিন্তু যাঁহারা লিব্রিচ্ সাহেবের আশ্চর্য্যজনক ক্ষুদ্র অক্ষিবীক্ষণ ব্যবহার করিতে অভ্যাস করিয়াছেন, তাঁহাদের পক্ষে তাহা পরিবর্ত্তন করিয়া, অন্য অক্ষিবীক্ষণ ব্যবহার করা কখনই বৈধ হয় না। সুস্থ চক্ষু হইতে পীড়িত চক্ষুর প্রভেদ অভ্রান্তরূপে জ্ঞান থাকিলে, আমরা যথার্থরূপে পীড়া নির্ণয় করিতে সমর্থ হই; সুতরাং যাঁহারা লিব্রিচ্ সাহেবের অক্ষিবীক্ষণ ব্যবহার করিয়া, চক্ষুর প্রত্যেক অংশের একরূপ পরিমাণ ও আকৃতি নির্ণয় করিয়া স্মরণ রাখিয়াছেন, তাঁহাদের পক্ষে অন্য অক্ষিবীক্ষণ ব্যবহার করিলে, চক্ষু উত্তমরূপে পরীক্ষিত হইতে পারে না। কারণ, তাহাতে উক্ত অংশ সকলের অভ্যন্তরস্থ আকৃতিগুলি তাঁহার স্মৃতিপথে উদিত হয়, অথচ এই পরিবর্ত্তনে তিনি তদ্রূপ আকৃতি দেখিতে পান না, সুতরাং ভয়ানক গোলমাল উপস্থিত হইয়া, তাঁহাকে চক্ষু পরীক্ষা করিতে ব্যাঘাত প্রদান করিয়া থাকে। লিব্রিচ্ সাহেবের অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রে একখানি গোলাকার, মসৃণ ও উজ্জ্বল, রৌপ্য নির্ম্মিত ন্যুব্জ দর্পণ আছে। এই দর্পণের রশ্মি বিন্দুমিলনের বা রশ্মিকেন্দ্রের দৈর্ঘ্য প্রায় ৪ ইঞ্চ। উহার মধ্যস্থলে, ফনেলের ন্যায় ক্রমসংকীর্ণ একটি ছিদ্র আছে। এই ছিদ্রের মধ্য দিয়াই পরীক্ষক রোগীর চক্ষু পরীক্ষা করিয়া থাকেন। এই দর্পণে আবার একখানি অর্দ্ধ বৃত্তাকার ধাতু নির্ম্মিত গ্রহণী-যন্ত্র সংলগ্ন (Clamp) আছে; তাহাতে যন্ত্র-তূণ মধ্যস্থ কতকগুলি কাচ খণ্ডের প্রত্যেক খণ্ডই সংলগ্ন হইতে পারে, ও উক্ত যন্ত্রের পশ্চাদ্ভাগে অবস্থিত হইতেও পারে এরূপ ভাবে নির্ম্মিত। রোগীর চক্ষুর সম্মুখে ধরিবার নিমিত্ত এই যন্ত্র-তূণে আবার অনেকগুলি অব্জেক্ট্ লেন্স্ বা দর্শন জন্য কাঁচ আছে।

কতিপয় বৎসর বিগত হইল, একেবারে উভয় চক্ষু দ্বারা অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের ব্যবহার (Binocular principle) আরব্ধ হইয়াছে। এই যন্ত্রের গঠন অত্যন্ত জটিল বলিয়া, তদ্বর্ণায় বিরত হওয়া গেল, হিদ্ ও মরে সাহেবের এবম্বিধ যন্ত্র দেখিলে, তাহার আকার পরিচিত হওয়া যায়।

স্বালোকিত (*Self-illuminating*) অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র।—ডাক্তার লাইওনেল্ বিল্ সাহেব এই অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র আবিষ্কার করিয়াছেন। ইহাতে একে অন্যের অভ্যন্তরে প্রবেশ করিতে পারে এরূপ পিতলের দুইটি নল থাকে। সেই দুই নলের একটি নলের এক পার্শ্বে আলোক, এবং অপরটির এক প্রান্তে অক্ষিকোটরে সংলগ্ন হইবে বলিয়া, একখানি দারু সমাযুক্ত থাকে। সাধারণ একখানি অক্ষিবীক্ষণ-দর্পণ, ও প্রতিফলিত হইতে পারে এরূপ এক খণ্ড কাচ এই নলের অভ্যন্তরে নিবিষ্ট থাকে। অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা যেরূপে দেখিতে হয়, ইহা দ্বারাও সেই প্রকারে দেখিতে হয়। দিবালোকে কিম্বা দীপালোকিত গৃহে ইহা দ্বারা দেখিতে হয়। সামান্য অক্ষিবীক্ষণ কার্য্যে যেরূপ অন্ধকার গৃহের প্রয়োজন হয়, ইহাতে যে কোন গৃহে হউক না কেন, দেখিতে পাওয়া যায়। রোগী উপবিষ্টই থাকুক আর দণ্ডায়মানই থাকুক, সকল অবস্থাতেই ইহা দ্বারা দেখিতে পাওয়া যায়। ইহাতে অতিরিক্ত লেন্স্ও আছে, তদ্দ্বারা অটোস্কোপ্ (Otoscope), এণ্ডস্কোপ্ (Endoscope) এবং ল্যারিঙ্গস্কোপ্ (Laryngoscope) নির্ম্মাণও হইতে পারে।*

এই রূপে অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র মনোনীত করিয়া, কিরূপ আলোক ব্যবহার করিলে পরীক্ষার সুবিধা ও উপযোগী হয়, এক্ষণে তদনুসন্ধান করা কর্ত্তব্য।

গ্যাসের আলোকের সুবিধা হইলে, উহা চক্ষু পরীক্ষার নিমিত্ত সর্ব্বাপেক্ষা উত্তম। কিন্তু, অনেক স্থলে এই আলোক সুবিধামত পাওয়া যায় না; সুতরাং তত্তৎস্থলে ক্যারোসিন্ তৈলের আলোক ব্যবহার করিলে অনেক সুবিধা হয়। ইহার আলোক অত্যুত্তম; শিখা স্থির, শ্বেতবর্ণ ও পরিষ্কার; এবং ইহার বর্ত্তিকাও কাটিতে হয় না।

অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিতে হইলেই যে য়্যাট্রোপাইন্ (Atropine) ব্যবহার করিয়া, কনীনিকা প্রসারিত করিতে হয়, এমত নহে।

---

* Dobell's "Reports on the Progress of Medicine" for 1870, p. 508.

কোন প্রকার কনীনিকা প্রসারক ঔষধ ব্যবহার না করিলেও, চক্ষুর ফণ্ডসের এক প্রকার সাধারণ জ্ঞানলাভ হইতে পারে। রোগীর চক্ষু দূরদর্শনোপযোগী করিবার নিমিত্ত, তাহাকে সম্মুখবর্ত্তী গৃহপ্রাচীরে, কোন নির্দ্দিষ্ট বিন্দুর প্রতি একদৃষ্টিতে দৃষ্টিপাত করিতে বলা উচিত। এক্ষণে রোগী একটি চক্ষু মুদিতকরিলে, অন্য চক্ষুর কনীনিকা যথেষ্ট প্রসারিত হইয়া পড়ে; সুন্দররূপে পরীক্ষা করিতে হইলে, ১ ঔন্স জলে ১ গ্রেন্ য়্যাট্রোপাইন্ মিশ্রিত করিয়া, সলিউশন্ প্রস্তুত করতঃ পরীক্ষণীয় চক্ষুতে প্রদান করা বিধেয়। সলিউশনের উগ্রতা ইহা অপেক্ষা অধিক হইলে, তাহা রোগীকে কষ্ট প্রদান করিয়া থাকে; এবং কনীনিকা পুনঃ সঙ্কুচিত হইতেও অধিক দিবস লাগে। কোন কার্য্য-লিপ্ত বা কর্ম্মকারী ব্যক্তির পক্ষে ইহাও বিবেচনা করা উচিত, যে, যত দিন পর্য্যন্ত য়্যাট্রোপাইনের গুণ তাঁহার চক্ষুতে কার্য্যকর থাকিবে, তত দিন পর্য্যন্ত তিনি লিখিতে বা পড়িতে অত্যন্ত কষ্টবোধ করিতে পারেন। যে সকল চক্ষু অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিবার আবশ্যক হয়, তাহার অধিকাংশই ক্ষীণ-দৃষ্টির স্থল। সম্পূর্ণ অন্ধ অর্থাৎ দৃষ্টি-বিহীন স্থল অত্যল্প মাত্র।

পাঠকদিগকে ইহা স্মরণ করিয়া দেওয়া উচিত যে, যে স্থলে একচক্ষু পীড়িত হইয়াছে ও উহার অস্বাভাবিক অবস্থা স্পষ্টই দৃষ্টিগোচর হইতেছে, সে স্থল ভিন্ন অন্যান্য স্থলে, উভয় চক্ষু পরস্পর তুলনা না করিয়া, পরীক্ষা-সিদ্ধ রোগনির্ণয়ের মত প্রকাশ করা কদাচ বৈধ নহে। উত্তমরূপে পরীক্ষা না করিয়া মত প্রকাশ করা, ও দ্বিতীয়বার পরীক্ষা করিয়া মত পরিবর্ত্তন করা, চিকিৎসকের প্রতিপত্তি ও শিক্ষা নৈপুণ্যের অনেক ব্যাঘাত জন্মাইয়া দেয়। তাঁহার প্রতি রোগীর ভক্তি কমিয়া যায়। অতএব পরীক্ষা করিয়া চক্ষুর যে অবস্থা দেখা যায়, তাহা একখানি স্মরণ পুস্তকে লিখিয়া রাখা উচিত। ইহাতে আমাদের স্মরণ শক্তি বিলক্ষণ উদ্রিক্ত থাকে; এবং এই পরীক্ষার্থ ব্যক্তি পুনরাগত হইলে, রোগের হ্রাস বৃদ্ধি বুঝিতে পারা যায়।

প্রকৃত অধঃশিরঃ মূর্ত্তি (*Actual inverted image*) পরীক্ষা। যখন কৃত্রিম আলোক ব্যবহার করিতে হয়, তখন দীপ, রোগী এবং পরীক্ষক কিরূপ অবস্থানে অবস্থিত থাকিবে, তাহা পর পৃষ্ঠায় ৬ ষ্ঠ, প্রতিকৃতিতে স্পষ্ট

বুঝা যাইতেছে। রোগী ও পবীক্ষকের চক্ষু এবং আলোকের উৎপত্তি স্থান এক সমতলে থাকা উচিত। আর বোগীর কর্ণেব কিয়ৎ পশ্চাতে উক্ত দীপ সংস্থাপিত রাখা আবশ্যক। একজন সহকারী পরীক্ষকের পশ্চাতে একখণ্ড *বৃহৎ শ্বেতবর্ণ তাস, কিম্বা অন্য কোন সহজ দৃশ্য বস্তু, হস্তে করিয়া দণ্ডায়*-মান থাকিবেন, এবং রোগীকে উক্ত তাসের উপর পবীক্ষণীয় চক্ষু নিয়োজিত রাখিতে আদেশ করিবেন। দক্ষিণ চক্ষু পরীক্ষার নিমিত্ত পরীক্ষকের দক্ষিণ স্কন্ধের উপর, ও বাম চক্ষু পরীক্ষার নিমিত্ত বাম স্কন্ধের উপর উক্ত তাস ধরিতে হয়। এইরূপ কবায়, বোগীব চক্ষু নাসাপার্শ্বস্থ দেশে তির্য্যক্‌ভাবে ঈষৎ বক্র হইয়া যায়, এবং অক্ষিবীক্ষণ হইতে প্রতিফলিত আলোক-রশ্মি তাহার অপ্‌টিক্‌ ডিস্কের (Optic disc) উপর ঠিক্‌ সরলভাবে পতিত হইয়া থাকে।

৬ ষ্ঠ, প্রতিকৃতি।



রোগী অন্ধ হইলে, এইরূপ প্রকার পরীক্ষা করা যাইতে পারে না। কারণ, এই অভিপ্রায় সাধনের নিমিত্ত সে অল্পক্ষণ মাত্রও অভিপ্রেতদিগাভিমুখে এক দৃষ্টিতে চক্ষু নিয়োজিত রাখিতে পারে না। সে যাহাহউক, সর্ব্ব

প্রকার পরীক্ষায়, রোগীর মস্তক ঠিক্ সরলভাবে ও পরীক্ষকের ঠিক্ সম্মুখদিকে রাখা উচিত। এরূপ না হইলে, কখনই সুন্দররূপে পরীক্ষা হয় না।

পরীক্ষকের যে চক্ষুতে সুবিধা হয়, তিনি সেই চক্ষুতেই অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রের মধ্য-ছিদ্র নিয়োজিত করিতে পারেন। অক্ষিবীক্ষণের প্রান্তদেশ তাঁহার ভ্রূদেশ স্পর্শ করিবেক, তাহাতে তাঁহার মস্তক নড়িলে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্রও নড়িবেক। পরীক্ষক রোগীর চক্ষুর সম্মুখদেশে একখানি দর্পণ অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী অঙ্গুলি দ্বারা তির্য্যক্ভাবে ধরিবেন, আর অন্যান্য অঙ্গুলিগুলি রোগীর ললাটদেশ স্পর্শ করিয়া থাকিবেক। ইহাতে উক্ত দর্পণ যত দূরে রাখিলে, রেটিনায় সুন্দর ও স্পষ্ট প্রতিমূর্ত্তি পাওয়া যায়, উহাকে তত দূরে লইয়া যাইতে পারেন, এবং রোগীর চক্ষু নড়িলে, তিনিও উক্ত দর্পণ নড়াইতে পারেন।

যাঁহারা এই যন্ত্র ব্যবহার করিতে প্রথম শিখিতেছেন, তাঁহারা রোগীর কর্ণিয়া হইতে প্রতিফলিত অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্রের মূর্ত্তি দেখিয়া বিরক্ত হইতে পারেন। উহা কর্ণিয়ার উপরিভাগে উজ্জ্বল দর্পণের মূর্ত্তি দেখা যায়; এবং তদ্দ্বারা তৎপশ্চাদ্বর্ত্তী রেটিনার কোন অংশই দৃষ্টিগোচর হয় না। রোগীর চক্ষুর নিকটস্থ দর্পণকে দক্ষিণে বা বামে কিঞ্চিৎ ঘুরাইলেই, এই প্রতিফলিত মূর্ত্তি তিরোহিত হইয়া যায়, সুতরাং সেই সময়ে রেটিনার প্রতিমূর্ত্তি স্পষ্ট দৃষ্ট হইতে পারে।

ফলে একবিধ ঊর্দ্ধ শিরঃ মূর্ত্তি (*Virtual erect image*)

পরীক্ষা।——পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে, যে, এইরূপ পরীক্ষায়, পরীক্ষক রোগীর চক্ষুর অতি সন্নিকটে না যাইলে পরীক্ষা হয় না; এবং যে চক্ষু পরীক্ষা করিতে হইবেক, সেই চক্ষুরদিকে আলোক সংস্থাপন করিতে হয়। এই প্রণালী অপেক্ষা পূর্ব্ববর্ত্তী প্রকৃত অধঃশিরঃ মূর্ত্তি পরীক্ষা প্রণালী দ্বারা শিক্ষার্থীরা চক্ষুর ফণ্ডসের আকার নির্ণয় করিতে অধিক কষ্ট বোধ করেন না। কিন্তু ইহাতে, পূর্ব্ব প্রণালী অপেক্ষা চক্ষুর ফণ্ডসের অধিক বৃহত্তর প্রতিকৃতি স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়, তাহাতে উহাকে অভ্রান্তরূপে পরীক্ষা করা যাইতে পারে। সন্দেহ-জনক স্থলে, উভয়বিধ উপায়ে পরীক্ষা করাই শ্রেয়ঃ। যেস্থলে রোগীর

কনীনিকা অপ্রসারিত থাকে, তথায় ডাইরেক্ট্ মেথড্ বা সাক্ষাৎ প্রণালী দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিলে, যদিও অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্রের মধ্য-ছিদ্র সঙ্কীর্ণ করা যায়, তথাপিও চক্ষুর অভ্যন্তরের সমুদায় নির্ম্মাণ বিশেষরূপে পরিজ্ঞাত হওয়া যায়।

পার্শ্ববর্ত্তী স্থান হইতে আলোক প্রতিফলিত করিয়া, (*Lateral method of illumination*) আলোক পার্শ্বে রাখিয়া (*By transmitted light*) চক্ষু পরীক্ষা করিবার রীতি।—রোগী ও পরীক্ষক পরস্পর সম্মুখে ২ বসিবেন। রোগীর পরীক্ষণীয় চক্ষুর পার্শ্ব-দিকে ও কিঞ্চিৎ অন্তরে, দীপ রাখিতে হয়। ইহাতে একখানি ম্যাজ লেন্স্

৭ ম, প্রতিকৃতি।



দ্বারা উহার আলোক পরীক্ষণীয় চক্ষুতে একত্র সমবেত হইতে (৭ ম, প্রতিকৃতি দেখ) পারে। এক্ষণে, চক্ষু এইরূপে আলোকিত হইলে, এক খানি ম্যাজ দর্পণ পরীক্ষণীয় চক্ষুর সম্মুখে ধরিয়া, সেই চক্ষুর লেন্স্, আইরিস্ অথবা কর্ণিয়ার যে কোন অংশ হউক না কেন, বর্দ্ধিত করিয়া দেখিতে পারেন।

এইরূপ পরীক্ষা দ্বারা কোন বাহ্য পদার্থ চক্ষুর সম্মুখবর্ত্তী কুটীরে(Anterior chamber) নিহিত আছে কিনা, পরীক্ষক তাহা অনায়াসেই নির্ণয় করিতে পারেন। বিশেষত, অস্বাভাবিক পর্দ্দা সকল (False membranes) দ্বারা সাইনেকিয়া উৎপন্ন অথবা কনীনিকার দ্বাররুদ্ধ (Occlusion) হইলে, তাহাও অনুসন্ধান লইতে পারেন। অপিচ, নেবিউলি (Nebulæ) বা শ্বেতকলঙ্ক যাহা আমাদের স্বাভাবিক চক্ষুদ্বারা অনুভূত হইতে পারে না, তাহাও ঐরূপে স্পষ্ট নির্ণীত হইয়া থাকে। বাস্তবিক, লেন্সের এবং তৎ সম্মুখস্থ নির্ম্মাণ সকলে অস্বাভাবিক পবিবর্ত্তন ঘটিলে, পার্শ্ব হইতে আলোক আনিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিবার প্রণালী দ্বাবা চক্ষু পবীক্ষিত হইয়া থাকে।*

অক্ষিবীক্ষণযন্ত্র দ্বারা সুস্থ চক্ষুর আকৃতি দর্শন।

ফণ্ডস্ বা চক্ষুর তলদেশের বর্ণ। কনীনিকার মধ্য দিয়া বৃত্তাকাব রেটিনার যতদূর দেখা যায় অর্থাৎ যাহাকে ফণ্ডস্ অকিউলি (Fundus oculi) বলা যায়, তাহাব বর্ণ ইউরোপবাসী লোকদিগের হইতে ভারতবাসী এবং অন্যান্য কৃষ্ণবর্ণ মনুষ্যদিগতে যে ভিন্ন; এস্থলে প্রথমতঃ তদুল্লেখ করা আবশ্যক। ভাবতবর্ষবাসিদিগেব কোরইডের ষট্‌কোণ কোষ সকল ঘোবপাটল বা কৃষ্ণবর্ণ হওয়ায়, তথায় আলোক পতিত হইলে প্রত্যাবৃত্ত হইয়া আইসে, সুতরাং তাহাদেব পশ্চাৎস্থিত রক্তবহা-নাড়ীগুলিকে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দিয়া দেখিলে ঈষৎ কটাভাযুক্ত ধূসরবর্ণ দেখায়। কিন্তু ইউরোপবাসিদিগের কোরইডেব রক্তবহা-নাড়ী সকল হইতে আলোক প্রতিফলিত হয়, সুতবাং তাহাদেব ফণ্ডসের বর্ণ কমলালেবুর ন্যায় বোধ হয়।

প্রত্যেক ব্যক্তির কোরইডের কোষ ও ষট্‌কোণ কোষেব মধ্যস্থ বর্ণের গাঢ়তা বা গভীরতানুসারে, চক্ষুর তলদেশের উক্ত বর্ণেরও বিভিন্নতা ঘটিয়া থাকে। বাঙ্গালিরা কিঞ্চিৎ সুন্দর বলিযা, অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা পরীক্ষা

* যে গৃহে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করা যায়, তাহা অন্ধকারময় হওয়া আবশ্যক। কিন্তু, একেবারে আলোক বন্ধ করা উচিত নহে। কৃত্রিম আলোকের পরিবর্ত্তে সূর্য্যের আলোক দ্বারাও পরীক্ষা করা যাইতে পারে, কিন্তু তাহার প্রণালী কিঞ্চিৎ বিভিন্ন।

করিলে উহাদের চক্ষুর ফণ্ডস্ ধূসরবর্ণ দেখায়। কিন্তু কৃষ্ণবর্ণ দাক্ষিণাত্যবাসীদিগের ফণ্ডস্ প্রায়ই কৃষ্ণবর্ণ *। এইরূপ ইউরোপবাসিদিগের পক্ষেও পরস্পর প্রভিন্ন। উদীচ্যদেশবাসী পাটলবর্ণ স্বল্প কেশধারী ব্যক্তিদিগের ফণ্ডস্ উজ্জ্বল স্কার্লেট্ বা ঘোর লোহিত বর্ণ বিশিষ্ট। উহাদিগের চক্ষুতে বর্ণকোষের অভাব থাকায়, কোরইডের বৃহত্তর রক্তবহা-নাড়ী সকল স্পষ্টরূপে দেখিতে পাওয়া যায়। কিন্তু কৃষ্ণবর্ণ চক্ষু বিশিষ্ট স্পেন্ ও ইটালীবাসিদিগের ফণ্ডস্ অপেক্ষাকৃত কৃষ্ণবর্ণ ও বস্তুতঃ প্রায় ভারতবর্ষবাসিদিগের ন্যায়।

সচরাচর ইহাও দেখিতে পাওয়া যায়, যে এতদ্দেশবাসী কোন কোন ব্যক্তির চক্ষুর ফণ্ডস্ ইউরোপবাসীদিগের ন্যায় গাঢ় লোহিত বর্ণ। কিন্তু তাহাদিগের রেটিনার রক্তবহা-নাড়ী সকল রক্তপূর্ণ থাকায়, এবং ব্যাধি প্রযুক্ত ষট্কোণ কোষ সকলের অভাব হওয়া প্রযুক্ত, কোরইড্ হইতে কিয়ৎ পরিমিত রশ্মি প্রতিফলিত হইয়া, আরক্তিম রেটিনা হইতে প্রতিফলিত রশ্মির সহিত সমবেত হয়, তাহাতেই তাহাদের চক্ষুর ফণ্ডস্ লোহিতবর্ণ দেখায়। এই অবস্থায় অন্যান্য পরিবর্ত্তন হইলেও তাহারা প্রত্যক্ষীভূত হইতে পারে যদ্দারা আমরা রোগের প্রকৃতির পরিচয় পাইতে পারি, এস্থলে তদ্বর্ণনার প্রয়োজন হইতেছে না। পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে, যে ভারতবর্ষবাসীদিগের সুস্থ-চক্ষুর ফণ্ডস্ সর্ব্বতঃ ঈষৎ ধূসর আভাযুক্ত কটাবর্ণ। এই বর্ণ স্থিতিস্থাপক স্তরের এবং কোরইডের বর্ণকোষ সকলের উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করে। রেটিনার যে অংশে, তাহার রক্তবহা-নাড়ী সকল এবং অপ্টিক্ ডিস্ক্ অবস্থিত, কেবল তথায় উক্তরূপ বর্ণ দেখিতে পাওয়া যায় না। অন্য পক্ষে, শ্বেতবর্ণ মনুষ্যের চক্ষুর ফণ্ডস্ অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা দেখিলে, উজ্জ্বল লোহিত বর্ণ দেখায়। তাহার কারণ, আলোকরশ্মি তাহাদের রক্তবহা-নাড়ী জাল সংশ্লিষ্ট কোরইডে পতিত হয়; এবং তাহাদের ষট্কোণ কোষ সকলে বর্ণ অত্যল্প মাত্র থাকে, কিম্বা কিঞ্চিৎমাত্রও থাকে না।

ইহা পূর্ব্বেই উল্লিখিত হইয়াছে, যে এইদেশবাসীদিগের সুস্থ চক্ষুর স্ক্লেরটিক্ অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা দেখিতে পাওয়া যায় না। কারণ, তাহাদের কোরইড্

* Dr. G. Smith, proof of Ophthalmic Medicine, Madras Medical College: Madras Quaterly Journal of Medical Science, No 15, Feb. 1864.

ষট্‌কোণ কোষ সকল দ্বারা সর্ব্বতোভাবে আবৃত হইয়া, উক্ত বর্ণকোষ সকলের সহিত একত্রে, স্ক্লেরটিক্‌কে নিঃসন্দেহ অধিকতররূপে লুক্কায়িত রাখে। কিন্তু অপ্টিক্ ডিস্কের পক্ষে এইরূপ সিদ্ধান্ত করা যায় না। উহার উপরিভাগে বর্ণকোষ নাই। অপ্টিক্ ডিস্কের কৈশিক রক্তবহা-নাড়ী ও স্নায়ু-সূত্রগুলি-মাত্র, ল্যামিনা ক্রিব্রোসাকে আচ্ছাদন করিতেছে, এই হেতুতে আলোক প্রধানতঃ ল্যামিনা ক্রিব্রোসা হইতে প্রতিফলিত হওয়াতে ডিস্কের বর্ণ এই প্রকার হইয়া থাকে। ল্যামিনার সূত্রময় উপাদানের বর্ণ ও নার্ভ টিউবিউল্‌সের বর্ণ, পরস্পর প্রভিন্ন বলিয়া, আমরা কখন২ উক্ত স্নায়ুর ঠিক্ কেন্দ্রস্থলে, যেখানে প্রান্তাভিমুখীন সূত্র সকল পরস্পর পৃথগ্‌ভূত থাকিয়া ল্যামিনাকে অনাবৃত করিতেছে, তাহাতে বিন্যস্ত স্নায়ুর সূত্রগুলিকে ঠিক্ সেই স্থলে ভিন্ন ভিন্ন বর্ণে চিত্রিত চিহ্ন সকল দেখিতে পাওয়া যায়।

অপ্‌টিক্ ডিস্ক্ বা অপ্‌টিক্ প্যাপিলা (The Optic disc or papilla)——যাহাকে অপ্টিক্ ডিস্ক্ বা অপ্টিক্ প্যাপিলা কহে, তাহা চক্ষুর মেরুদণ্ডের $\frac{1}{10}$ ইঞ্চ পরিমিত স্থান অভ্যন্তরদিকে অবস্থিত আছে। ইহাই দর্শনস্নায়ুর শেষ সীমা এবং এই স্থান হইতে উহা প্রশস্ত হইয়া রেটিনা বা আলোক গ্রহণী নাম প্রাপ্ত হয়। অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা পরীক্ষা করিবার সময়, প্রথমে এই স্থানই স্বভাবতঃ দর্শকের দৃষ্টি আকর্ষণ করে। সুস্থ প্যাপিলা বৃত্তাকার; কিন্তু ব্যক্তিভেদে কখন২ ইহার ব্যতিক্রমও দেখিতে পাওয়া যায়। কখন২ উহাকে ঊর্দ্ধাধঃভাবে আয়ত হইতে দেখা গিয়া থাকে। কিন্তু, ব্যাধি অভাবে উহা কখনই একপার্শ্বে হইতে অপর পার্শ্বে আয়ত হয় না। আর, যে কাচ খণ্ড দ্বারা উহাকে দেখা যায়, তাহার বস্তু বৃহত্তর দেখাইবার ক্ষমতানুসারে উহার আকার ক্ষুদ্র বা বৃহত্তর বলিয়া বোধ হয়। অপরন্তু, উহার বর্ণও নানাপ্রকারের হয়। ইউরোপবাসিদিগের প্যাপিলার বর্ণ ভারতবর্ষবাসিদিগের সহিত তুলনা করিলে ভারতবাসিদিগের প্যাপিলার বর্ণ নিঃসন্দেহ ঈষৎ গোলাপী বলিয়া বোধ হয়। বস্তুতঃ ইউরোপীয়দিগের ঈষৎ নীল আভাযুক্ত ধূসরবর্ণ হইয়া থাকে। কিন্তু উক্ত স্থানে ব্যাধি না থাকিলেও উহা শ্বেত আভাযুক্ত বা ঘোর গোলাপের ন্যায় বর্ণ বিশিষ্ট হইতে পারে। যাহাহউক, অপ্টিক্ ডিস্কের এই বর্ণ ল্যামিনা ক্রিব্রোসার রক্তবহা-নাড়ীগুলি

এবং অপ্টিক্ প্যাপিলা নির্ম্মাপক নার্ভ্ টিউবিউল্স্ হইতে আলোক প্রতিফলিত হইয়া উৎপন্ন হয়।

স্নায়ুর সমীপবর্ত্তী-কোরইডে বর্ণদায়ক পদার্থ সঞ্চিত হওয়ায়, অনেক স্থলে অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা দেখিলে, উক্ত স্নায়ুর প্রবেশ পথের চতুষ্পার্শ্বে অঙ্গুরীয় বা উষ্ণীষবৎ একটি মণ্ডলাকার কৃষ্ণবর্ণ রেখা দৃষ্ট হয়, কিন্তু তাহা কোন ব্যাধির লক্ষণ নহে। যে স্থলে ল্যামিনা ক্রিব্রোসা নিঃশেষিত হইতেছে, ঠিক্ সেই স্থানেই এই স্নায়ু সংকীর্ণ হইয়াছে। উহার কোরইড্-মধ্যস্থ প্রবেশদ্বার সঙ্কীর্ণ হওয়াতে মূল-স্কন্ধকে (TRUNK) কিয়ৎ পরিমাণে চাপিতেছে, তজ্জন্য সচরাচর উহার প্রবেশ দ্বারে উহার দুইটি ধার বা সীমা আছে, বলিয়া বোধ হয়।*

স্নায়ুর সীমা নির্দ্দেশের নিমিত্ত, লিব্রিক্ সাহেব কৃত গ্রন্থ হইতে নিম্নলিখিত বর্ণনা উদ্ধৃত করিলাম। "অল্প বা অধিক পরিমিত কৃষ্ণবর্ণ যে রেখা কোরইড্-নির্ম্মিত প্রান্তভাগে অবস্থিত, তদ্দ্বারা স্নায়ু যে স্থানে কোরইডে্ প্রবেশ করিয়াছে, তাহার চতুঃসীমা জ্ঞাত হওয়া যায়। আর স্ক্লেরটিক্-নির্ম্মিত-প্রান্তভাগে যে উজ্জ্বলবৃত্ত বা অর্দ্ধ চন্দ্রাকৃতি রেখা দেখা যায়, তদ্দ্বারা স্ক্লেরটিকে স্নায়ু-প্রবেশ দ্বার জানা যায়। ইহা স্ক্লেরটিকের সূত্র-সমষ্টির বক্র গমন হেতু উৎপন্ন হইতেছে ও ইহা কোরইডের প্রান্তভাগ, এবং যে সুন্দর ঈষৎ ধূসরবর্ণ রেখা দ্বারা স্নায়ুর সূক্ষ্মতম অংশ পর্য্যন্ত জ্ঞাত হওয়া যায়, ও যাহাকে প্রকৃত স্নায়ুসীমা (Nerve-boundary) কহে, এতদুভয়ের অন্তরে অবস্থিত।" এই শেষোক্ত বৃত্ত সুস্থাবস্থায় তাদৃশ স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায় না। কিন্তু প্যাপিলা পীড়িত হইলে উহা সমধিক স্পষ্ট প্রতিভাত হয়। কোরইডের প্রান্তভাগ, বিশেষতঃ ডিস্কের বহিঃস্থ প্রান্তভাগ সমধিক সুস্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। এই প্রান্তভাগে সচরাচর সঞ্চিত বর্ণ দৃষ্ট হয়। কিন্তু এই বর্ণ উক্ত অংশের ব্যাধি বশতঃ উৎপন্ন হইয়াছে, এরূপ বিবেচনা করা সম্পূর্ণ ভ্রম।

রেটিনার কৈন্দ্রিক আর্টারি এবং ভেইন্ অপ্টিক্ ডিস্কে প্রবেশ করিবার কোন নির্দ্দিষ্ট স্থান নাই। রক্তবহা-নাড়ীগুলি সচরাচর প্যাপিলার ঈষৎ শুক্লবর্ণ ও নাভ্যাকার কেন্দ্রের মধ্য দিয়া চক্ষে প্রবেশ করে এবং প্রবেশ করার পর দ্বি-

* Professor Longmore's "Manual of defective Vision in Soldiers, p. 48.

পল্লবাকারে (Dichotomously) বিভক্ত হইতে হইতে রেটিনার পরিধি পর্য্যন্ত শাখাজাল বিস্তার করে। কিন্তু এই স্থান ভিন্ন অন্য স্থানেও উহারা প্যাপিলাকে বিদ্ধ করিতে পারে। সচরাচর, প্যাপিলার মধ্যস্থলে একটি বা দুইটি বৃহত্তর রক্ত-বহা নাড়ীর শাখা দৃষ্ট হয়। অপরাপর শাখাগুলি, বোধ হয় ডিস্কের স্কেরাল্ (Scleral margin) প্রান্তভাগের নিকটবর্ত্তী প্যাপিলার পরিধি মধ্য দিয়া গমনাগমন করে।

আমরা যে কাঁচখণ্ড দ্বারা রক্তবহা-নাড়ী সকল দর্শন করিয়া থাকি, তাহার বস্তু-বৃহত্তর দেখাইবার ক্ষমতানুসারে ঐ সকল নাড়ীর আয়তনও নানারূপ দেখায়। চক্ষু পরীক্ষা করিতে সামান্য অভ্যাস থাকিলে, অতি অল্পক্ষণের মধ্যেই তদ্বিষক বিশেষ২ পরিবর্ত্তন জ্ঞাত হইতে সক্ষম হওয়া যায়। কিন্তু রেটিনার রক্তবহানাড়ীগুলি শূন্য কিম্বা পূর্ণ আছে ইহা বলা যত সহজ নিজে নির্ণয় করা তত সহজ নহে।

রেটিনার ভেইন্ গুলি উহার আর্টারি অপেক্ষা ক্ষুদ্রতর এবং আর্টারির প্রাচীর অপেক্ষা উহাদের প্রাচীর সূক্ষ্ম হওয়াতে উহাদের অন্তরস্থ পদার্থ সহজে দৃষ্ট হয় তজ্জন্য অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র দ্বারা দেখিলে আর্টারি গুলির অপেক্ষা ভেইন্ গুলির বর্ণ অধিকতর ঘোর দেখায়। এই ঘোরভাব উহাদের সকল স্থানেই সমান। আর্টারিগুলির মধ্যস্থল স্বচ্ছ বলিয়া বোধ হয়, তাহার কারণ এই যে, আর্টারিগুলির মধ্যস্থল অপেক্ষাকৃত উন্নত সুতরাং তথায় পার্শ্ববর্ত্তী স্থানাপেক্ষা অধিক আলোক প্রতিফলিত হয়।

যদি অত্যন্ত মনোযোগ সহকারে স্বাভাবিক চক্ষুতে সূক্ষ্ম-ভেইন্গুলিকে পরীক্ষা করা যায়, তাহা হইলে আমরা উহাদের স্পন্দন অনুভব করিতে পারি। ইহা ব্যতীত অক্ষিগোলকে মৃদু পীড়ন করিলেও উহা স্পষ্ট অনুভূত হয়, কিন্তু অত্যন্ত পীড়ন করিলে, উক্ত স্পন্দন রহিত হইয়া পড়ে; এবং ভেইন্গুলির মধ্য দিয়া রক্ত সঞ্চালনের ব্যাঘাত হওয়াতে উহারাও অদৃশ্য হইয়া যায়। সুস্থ চক্ষুতে আর্টারির স্পন্দন অনুভূত হয় না। কিন্তু অক্ষি-গোলকে পীড়ন-করিলে উহা তৎক্ষণাৎ অনুভূত হইতে পারে। এই স্পন্দন আবার চক্ষুর আভ্যন্তরীণ আয়ামের সমবেত হইলে আরও স্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে। গ্লকোমা রোগ ইহার উদাহরণ স্থল।

অপ্টিক্ ডিস্কের সকল স্থানের বর্ণ একরূপ নহে। উহার বাহ্যদেশ ঈষৎ ধূম্রবর্ণ ও বিবিধাকারে রঞ্জিত। ঈষৎ ধূসরবর্ণ স্নায়ুর টিউবল্ সকল এবং উজ্জ্বল শুক্লবর্ণ ল্যামিনা ক্রিব্রোসার বন্ধনী সকল হইতে, বিভিন্ন আলোক প্রতিফলিত হইয়া, উহার ঐরূপ বর্ণ-বিভিন্নতার উৎপত্তি করে। যে স্থানে রেটিনার রক্তবহা-নাড়ীগুলি দেখা দিতেছে, সেই স্থান সমধিক শ্বেতবর্ণ; কথন কথন এই স্থান একটি ক্ষুদ্র নিম্ন স্থানের ন্যায় অনুভূত হয়। বাহ্যদিকাপেক্ষা ডিস্কের অভ্যন্তরদিক অল্প লোহিত বর্ণ; তাহার কারণ এই যে ঐ স্থান অপেক্ষাকৃত অধিক স্নায়ু-সূত্র দ্বারা ঘনীভূত, সুতরাং তথায় ল্যামিনা ক্রিব্রোসার সূত্র সকল হইতে কোনরূপে আলোক প্রতিফলিত হইয়া আসিতে পারে না। সুস্থ অপ্টিক্ ডিস্কের আকৃতির ধারণা থাকা নিতান্ত আবশ্যক; তাহা হইলে, উহার উক্ত প্রাকৃতিক অবস্থাকে পীড়িত বলিয়া ভ্রম হইতে পারে না। সকল সুস্থ চক্ষুরই অপ্টিক্ ডিস্কের বাহ্যদেশ ঈষৎ ধূসর শ্বেতবর্ণ, কেন্দ্রস্থল নাভ্যাকৃতি ও ঈষৎ শুক্রবর্ণ, এবং অন্তর্দ্দেশ ঈষৎ গোলাপী বর্ণ। সময়ে সময়ে ইহার ব্যতিক্রম হইলেও এরূপ অবস্থা কিছুনা কিছু সকল চক্ষুতেই দেখা যাইতে পারে।

রেটিনা। ইহা পূর্ব্বে উল্লিখিত হইয়াছে যে, রেটিনা এরূপ স্বচ্ছ বিধান যে উহা হইতে প্রতিফলিত আলোক, তদ্পশ্চাৎস্থিত উজ্জ্বল লোহিত বর্ণ বিশিষ্ট কোরইড্ হইতে প্রতিফলিত আলোক রাশি মধ্যে বিলুপ্ত হইয়া যায়। কিন্তু ভারতবাসী ও অন্যান্য কৃষ্ণবর্ণের জাতিতে রেটিনাকে স্পষ্টরূপ দেখা যাইতে পারে, এবং তখন উহা কোরইডের ষড়্কোণ বিশিষ্ট কোষগুলির উপর, ধূসর বর্ণের রেখাঙ্কিত (Striated) স্তরের ন্যায় দেখায়। উহা অপ্টিক্ ডিস্কের চতুর্দ্দিকস্থ বাহ্য সীমা হইতে অরাসিরেটা পর্য্যন্ত বিস্তৃত।

অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র কিছু দিন ব্যবহার না করিলে, ম্যাকিউলা লিউটিয়া প্রথমে ধরা যায় না। ইহা দৃষ্টি-মেরুতে স্থিত, এবং ইহার স্থান ইহা দ্বারাই জানা যাইতে পারে যে, রেটিনার রক্তবহা-নাড়ীগুলি ইহার কেবল ঊর্দ্ধাধঃদিকে গিয়াছে কিন্তু ইহার উপর একটি মাত্রও রক্তবহা-নাড়ী দেখা যায় না। এ প্রদেশের বর্ণ উজ্জ্বল লোহিত এবং ফোরামেন্ সেণ্ট্রেলি (**Foramen centrale**) ক্ষুদ্র লঘু অঙ্গুরীয়বৎ দেখায়।

কোরইড্। কোরইডের নির্ম্মাণ বর্ণনকালে ইহা উক্ত হইয়াছে যে, কোরইডের ইল্যাস্‌টিক্ বা স্থিতিস্থাপক পর্দ্দার পশ্চাতেই উহার ক্ষুদ্র২ রক্তবহা-নাড়ী সংশ্লিষ্ট পর্দ্দাটি অবস্থিতি করে, এবং এই সকল স্তরও স্ক্লেরটিকের অন্তরে, ভেনি ভরটিকোসি* এবং কোরইডের বৃহৎ শাখা বিশিষ্ট বর্ণদায়ক কোষগুলি অবস্থিতি করে। রক্তবহা-নাড়ীগুলি এইরূপ ভাবে বিন্যস্ত থাকাতে অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিবার কালীন এই ফল হয় যে, কোরইডের ষড়্‌কোণ কোষগুলি স্বচ্ছ থাকিলে, আলোক, স্বচ্ছ আলোক-পথ দ্বারা চক্ষুতে প্রবেশ করিয়া রেটিনার পশ্চাৎস্থিত কোরইডের সূক্ষ্ম নাড়ী জালের উপরে পতিত হয়, এবং যে আলোক তথা হইতে প্রত্যাবর্ত্ত হইয়া দর্শকের চক্ষুতে পতিত হয়, তাহা কোন সুস্থকায় গৌরবর্ণ ইউরোপবাসীর চক্ষুতে সুন্দর লোহিত বর্ণ দেখায়। য়্যাল্‌বাইনোস্ (Albinos) † ও যাহাদের কোরইডে অত্যল্প মাত্র বর্ণদায়ক পদার্থ থাকে, তাহাদের চক্ষুতে ভেনিভরটিকোসির বৃহৎ২ রক্তবহা-নাড়ী পর্য্যন্তও দেখা যাইতে পারে। কোরইডের রক্তবহা-নাড়ী ও বর্ণদায়ক পদার্থ সম্বলিত স্তরটী স্ক্লেরটিকের অভ্যন্তরদিকে অবস্থিতি করাতে ইহা স্পষ্ট বুঝা যাইতেছে, যে, রক্তবহা নাড়ী ও কৌষিক বিধানের ক্ষয় আংশিক ক্ষয় কোরইডের না ঘটিলে, তাহা অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা নয়ন-গোচর করা অসাধ্য। কোরইড্ ক্ষয় প্রাপ্ত হইলেই তাহার ভিতর দিয়া চাক্‌চিক্যশালী শ্বেতবর্ণের স্ক্লেরটিক্‌কে দেখা যায়।

কর্ণিয়া, য়্যাকুয়স্, লেন্স্ এবং ভিট্রিয়স্ সুস্থ চক্ষুতে সম্পূর্ণ স্বচ্ছ থাকে, এজন্য অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা পরীক্ষা কালীন তাহারা নয়ন গোচর হয় না।

অধ্যাপক লং মোর্ সাহেবের পরামর্শানুসারে সকল প্রকারের দৃষ্টি-বিকারেই সুচারু নিয়মানুসারে চক্ষু পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। এরূপ কোন ব্যক্তি আমাদের নিকট চিকিৎসার্থী হইলে,——

১ম। কতিপয় স্থূল প্রশ্ন দ্বারা তাহার মূল বৃত্তান্ত সম্যক্ অবগত হইবে

---

* ভেনিভরটিকোসি (Venae vorticosae) অর্থাৎ যে সকল ধনুকাকার ভেইন্ সূক্ষ্মশাখাদি হইতে ক্রমশঃ স্থূলশাখাতে গঠিত হইতে২ শেষ একটি বা দুইটি কাণ্ডে শেষ হয়।

† চুল, আইরিস্, চর্ম্ম প্রভৃতি যাহাদের স্বভাবত ও জন্মাবধি শুভ্রবর্ণের হয়।

এবং তৎসঙ্গে২ চক্ষুর বাহ্যস্থিত অন্যান্য অবয়বেরও পরীক্ষা করিবে। এই-রূপে পৈশিক যন্ত্র পরীক্ষাও চক্ষু গোলকের আয়াম নির্ণয় করিবে।

২য়। উক্তবিধ পরীক্ষা দ্বারা ব্যাধি নির্ণয় না হইলে, রোগীকে ২০ ফিট্ অন্তরে রাখিয়া স্নেলেন্ সাহেবের অক্ষরের cc নং হইতে xx পর্য্যন্ত পড়িতে বলিবে, এবং এই উপায় দ্বারা তাহার দৃষ্টির তীক্ষ্ণতা নির্ণয় করিবে। দৃষ্টির কোন দোষ থাকিলে আমাদের প্রথমে একটি কন্‌ভেক্স্ ও পরে কন্‌কেভ্ চসমা রোগীর চক্ষের সম্মুখে ধরিয়া, তাহা দ্বারা দৃষ্টির কিরূপ পরিবর্ত্তন হইয়াছে তাহানির্ণয় করিয়া লিখিয়া রাখা উচিত। এইরূপে প্রথমে একটি চক্ষুর পর অপরটী পরীক্ষা করিবে। য়্যাস্‌টিগ্‌মেটিজম্ (Astigmatism)* আছে কোন প্রকার সন্দেহ জন্মিলে উক্ত সাহেবের পার্শ্বভাবে স্থিত ও অধোর্দ্ধভাবে স্থিত রেখা-গুলি দ্বারা তাহা নির্ণয় করা যাইতে পারে। উপযুক্ত দর্শনার্থ চক্ষুর যে যে ভাগের সুস্থাপন প্রভৃতি আবশ্যক হয়, তাহা এবং চক্ষুর আলোক বক্রকারিণী শক্তির কোন ব্যাঘাত দৃষ্ট না হইলে:—

৩য়। দৃষ্টি-ক্ষেত্রের আয়তন নির্ণয় করিবে, এবং

৪র্থ। সাক্ষাৎ উপায়ে অক্ষিবীক্ষণ-যন্ত্র দ্বারা চক্ষু পরীক্ষা করিবে। ইহা দ্বারা কর্ণিয়া, ভিট্রিয়স্ ও লেন্সের যদি কিছু পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে জানিতে পারা যায় এবং তদ্ব্যতীত পূর্ব্ব পরীক্ষা দ্বারা যাহা জানা গিয়াছে তাহা হইতে অতিরিক্ত বিশেষতঃ শিশুদিগের মধ্যে মাইওপিয়া বা হাইপার্‌মেট্রোপিয়া অর্থাৎ দূর-দৃষ্টি ও নিকট-দৃষ্টি রোগ নির্ণয় করা যায়। তৎপশ্চাৎ; পার্শ্বদেশ হইতে প্রতিফলিত আলোক দ্বারা-দর্পণ সম্মুখ দেশ ও কুটীর পরীক্ষিত হইতে পারে।

৫ম। পরম্পরিত উপায় দ্বারা চক্ষুর গভীর স্থান সকলের অবস্থা পুঙ্খানু-পুঙ্খরূপ পরীক্ষা করিবে।

---

*কর্ণিয়া প্রভৃতির আকার পরিবর্ত্তন হেতু উহা হইতে বিবিধ ভাবে আলোক প্রতি-ফলিত হইয়া যে বিবিধ প্রকার দৃষ্টি-বিকার জন্মায় তাহাকে ইংরাজীতে য়্যাস্টিগ্-মেটিজম্ কহে।

তৃতীয় অধ্যায়।

অক্ষিকোটরের রোগাবলি।

অক্ষিকোটরের অপায় সকল।——তত্রস্থ অস্থি সকলের রোগাবলি।——কৌষিক বিধান প্রদাহ।——অক্ষিকোটরের গ্রন্থি ও অর্ব্বুদ সকল।——অক্ষিগোলকের স্থানচ্যুতি।——অক্ষিগোলক নিষ্কাশন।——অশ্রু-গ্রন্থির রোগাবলি।

অক্ষিকোটরের অপায় সকল।

অস্থিপেষণ (CONTUSIONS) ও অস্থিভঙ্গ (FRACTURES)।

অক্ষিকোটরের বহিঃপ্রান্তে (Outer Ridge) পতন জন্য আঘাত লাগিলে, বা উহা কাঁহার মুষ্টিদ্বারা আঘাতিত হইলে, সচরাচর চক্ষু কৃষ্ণবর্ণ ("Black eye") হইয়া উঠে। তদ্ভিন্ন সাধারণতঃ ইহাতে অন্য কোন মন্দ ফলোৎপত্তি হয় না; কিন্তু কোন কোন স্থলে করোটি মধ্যে ক্রমশঃ রক্তস্রাব, ও প্রদাহ হইয়া পরিশেষে মৃত্যু পর্য্যন্ত হইতে দেখা যায়*। কিন্তু তন্মধ্যে অত্যল্প স্থলে অক্ষিকোটর প্রাচীরের অস্থির উপর আঘাত দ্বারা উহা ভগ্ন হইয়াছে, এরূপ পাওয়া প্রমাণ যায়। যদি উক্ত আঘাত ফ্রণ্ট্যাল্ অর্থাৎ ললাটাস্থি অথবা ম্যাগ্জিলারী সাইনস্ (Maxillary Sinus) অর্থাৎ গণ্ডাস্থি সুড়ঙ্গ পর্য্যন্ত প্রসারিত হয়, তবে অক্ষিপুটদ্বয়ের ইম্ফিসিমা (Emphysema) অর্থাৎ বাত-শোথ হইবার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা থাকে।

অপিচ সচরাচর এরূপও ঘটিতে পারে যে, করোটির অন্য কোন স্থল ভগ্ন হইয়া তাহা অক্ষিকোটর প্রান্ত পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। মনে কর, ফ্রণ্ট্যাল্ বোন্ বা ললাটাস্থি কোন কারণে ভগ্ন হইয়াছে, এবং উহাতে মস্তিষ্ক চাপিত হওয়ার লক্ষণ সকল প্রকাশমান আছে এবম্বিধস্থলে ট্রিফাইন্ শস্ত্র দ্বারা উক্ত মগ্নাস্থি কর্ত্তন করিয়া লওয়া যাইতে পারে। কিন্তু তাহাতে উক্ত সন্তাপের লক্ষণ সকল উপশমিত হয় না,—উহারা প্রকাশিত থাকে।

*Mackenzie on "Diseases of the Eye," 3rd edit., p. 2.

এইরূপ অনেক স্থলে, রোগীর মৃত্যুর পর ইহা দেখা গিয়াছে যে, করোটি কোন কারণে ভগ্ন হইয়া, ললাটাস্থির অক্ষিকোটর ধার (Orbital plate) পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়াছে, এবং তথায় মস্তিষ্কের মন্থন ও বহিঃসরণও ঘটিয়াছে।

কখন২ শীর্ষদেশ (Vertex) বা করোটির অন্য কোন ভাগ প্রথমতঃ আঘাত প্রাপ্ত হইলে, তদ্দ্বারা অক্ষিকোটর প্রাচীরও ভগ্ন হইয়া থাকে। ফ্রণ্ট্যাল্ বোনের অর্বিট্যাল্ প্লেট্ এইরূপে ভগ্ন হইলে, করোটির কোন না কোন অংশে ক্ষত চিহ্ন দৃষ্ট হইবে, এবং অধঃঅক্ষিপুটে রক্তস্রাব বশতঃ শোফ্ হয়। কিন্তু আঘাত-জনিত রক্তস্রাব উক্ত স্থানে নিম্ন লিখিত কতিপয় কারণেও ঘটিতে পারে। ১ম, করোটির চর্ম্মের নিম্নে রক্তস্রাব হইলে তাহা যদি পশ্চাৎদিকে না সরিয়া সম্মুখদিকে আইসে, তাহা হইলে তাহা দ্বারা অক্ষিপল্লবের চর্ম্মের ইকিমোসিস্ বা তাহা কৃষ্ণবর্ণ হইয়া ফুলিয়া উঠে, কিন্তু তদ্দ্বারা গোলকের বা পল্লবের কন্‌জংটাইভার কখনই উক্তরূপ অবস্থা হয় না। ২য়; অক্ষিগোলকে আঘাত লাগিলে তদ্দ্বারা গোলক ও পল্লব উভয় স্থানেই ইকিমোসিস্ রক্ত শোফ্ জন্মে। ৩য়, করোটির তলদেশ ভগ্ন হইয়া যে ইকিমোসিস্ হয়, তাহা প্রথমে গোলকের কন্‌জংটাইভার নিম্নে তৎপরে পল্লবের কন্‌জংটাইভার নিম্নে পল্লবের চর্ম্মের নিম্নে প্রায় হয় না যদি হয় তবে তাহা সর্ব্বশেষে প্রকাশ পায়। ৪র্থ, যেরূপ আঘাতে অস্থি ভগ্ন হওয়ার সম্ভাবনা তাহা কেবল অধঃঅক্ষিপুটের এবং কখন২ উর্দ্ধাক্ষিপুটের ইকিমোসিস্ দ্বারা জানা যায় না কিন্তু যখন আঘাতের সঙ্গে২ অথবা কিছুকাল পরে অক্ষিগোলকের ইকিমোসিস্ জন্মে তখনই উহাকে জানা যায়।*

অক্ষিকোটরের বিদ্ধন ক্ষত। (Penetrating wounds) যে অস্ত্র বা শস্ত্র বিদ্ধ করে তাহার তীক্ষ্ণতা প্রকৃতি এবং উহা কতদূর গভীর বিদ্ধ করিয়াছে, এবং বিদ্ধ করিয়াই বা কোন পথ দিয়া গমন করিতেছে,— ইত্যাদি অনুসারে উক্ত আঘাতের ফল সামান্য বা ভয়ানক হইয়া থাকে। উহা গভীররূপে ঠিক্ পশ্চাদভিমুখে বা উর্দ্ধ ও অন্তর্দ্দিকে আঘাত করিলে মস্তিষ্ক পর্য্যন্ত যে স্পর্শ করিবে, তাহা নিতান্ত অসম্ভব নহে, এরূপ হইলে ভয়ঙ্কর বিপদ উৎপন্ন হইয়া থাকে।

* Clinical Lecture, by Dr. R. M. Hodges, Boston Medical and Surgical Journal, April, 1873.

অক্ষিকোটর বন্দুকের গুলি বা অন্য কোন তীক্ষ্ণাগ্র বস্তু দ্বারা আহত হইলে, উক্ত বাহ্য পদার্থ তজ্জনিত বিদারণ মধ্যে সন্নিবিষ্ট আছে কি না, প্রথমে ইহা দেখা উচিত। প্রোব্ (Probe) বা এষণী দ্বারা উক্ত বিদারিত স্থান পরীক্ষা করিলে, এতদ্বিষয়ের উত্তম মীমাংসা হইতে পারে। যদি কোন বাহ্যপদার্থ উহাতে সন্নিবিষ্ট আছে এরূপ দেখা যায়, তবে তাহাকে তৎক্ষণাৎ উদ্ধার করা বিধেয়। বহিষ্করণ করিবার সময়, যদি উক্ত বাহ্য পদার্থের প্রবেশ দ্বার অল্পায়ত থাকে, এবং তাহাকে বিশাল করা প্রয়োজন বোধ হয়, তবে তাহা করা অবৈধ নহে। পক্ষান্তরে ইহাও দেখা গিয়াছে যে, বন্দুকের গুলি অক্ষিকোটরে প্রবিষ্ট হইয়া অনেক বৎসর পর্য্যন্ত উহাতে অবস্থিত থাকে, অথচ তাহাতে বাহ্যিক কোন মন্দফল দেখা যায় না। কিন্তু এই সকল বিরল ঘটনা দৃষ্টান্তস্বরূপ গণ্য করিয়া কোন বাহ্যপদার্থকে অক্ষিকোটরে ন্যস্ত থাকিতে দেওয়া কোন মতেই বৈধ হয় না; কারণ উহা নিয়মের বহির্ভূত স্থল মাত্র। একশত মধ্যে নব-নবতি স্থলে, প্রবিষ্ট বাহ্য পদার্থ বহিষ্কৃত না করিলে, অক্ষিকোটরে প্রদাহ এবং পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকে; আর হয়ত চক্ষুর অসংশোধনীয় ক্ষতি হওয়ার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা হয়।

দ্বিতীয়তঃ, উক্ত শস্ত্র কোনদিকে প্রবিষ্ট হইয়াছে, তাহাও দেখা উচিত। কারণ আমি পূর্ব্বেই বলিয়াছি-যে, যদি উহা মস্তিকাভিমুখে প্রবিষ্ট হইয়া থাকে, তবে উহা এক ভয়ানক বিষয়। এস্থলে ভাবিফল প্রকাশ করিতে সাবধান হওয়া উচিত। বাহ্যদেশে যে পরিমাণে অপচয় দেখিতে পাওয়া যায়, তদনুসারে আঘাতকেও তদ্রূপ ভয়ানক জানিতে হইবে একপ নহে, বাহ্যিক অপচয় দেখিয়া এরূপ বলা যায়না যে ইহা কিরূপ ফলপ্রদ হইবে। বাস্তবিক অক্ষিপুটদ্বয়ের সমুন্মীলিত অবস্থায় শস্ত্র প্রবিষ্ট হইলে সামান্যরূপ পরীক্ষা দ্বারা বহিশ্চর্ম্মে কোনরূপ পেবণ চিহ্ন দেখা যায় না। এরূপ অবস্থায় শৈল্য অক্ষিকোটরাভ্যন্তর দিয়া, মস্তিষ্কে উপনীত হয়। এই বিষয় মিষ্টার গথ্রি সাহেব* নিম্ন লিখিত দৃষ্টান্তে বলবৎ উদাহৃত করিয়াছেন,—একটি বালক ক্রীড়া করিতেং তাহার দক্ষিণ নেত্রে লৌহতার প্রবেশ করে। উহার চক্ষুর বাহ্যদেশে আঘাতের কোন চিহ্ন ছিল না, তবে অক্ষিগোলকের ঊর্দ্ধ ও

* "Commentaries on Surgery," p. 374, 6th edit., 1855.

অন্তরদিকস্থ কন্‌জংটাইভায়' যথেষ্ট কিমোসিস্ বিদ্যমান ছিল। এই ঘটনার চারি দিবস পরে তাহার বমন ও শিরোযন্ত্রনা উপস্থিত হয়। পরে অবিশ্রান্ত প্রলাপ এবং অচৈতন্যাবস্থা (কোমা) উপস্থিত হইয়া, ষষ্ঠ দিবসে রোগীর মৃত্যু হইল। উহার মৃতদেহ পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছিল যে, চক্ষুর ঊর্দ্ধ-পুটের অর্বিট্যাল্ প্লেটের পশ্চাদ্বর্ত্তী প্রবেশ দ্বারের মধ্য ও অধঃদিয়া ললাটাস্থির অক্ষিকোটরীয় অংশ] ভেদ করত সম্মুখ মস্তিকে একখণ্ড লৌহতার প্রবিষ্ট হইয়াছে, ও তাহাতে মস্তিষ্ক কোমলও তাহাতে পুযোৎপত্তি হইয়াছে। এই দৃষ্টান্তে এই বুঝা যাইতেছে যে, এইরূপ অন্যান্য স্থলেও ভাবিফল প্রকাশ করিতে অতিশয় সতর্ক হওয়া সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

যদি উক্ত ঘটনার পরে দ্বাদশ কিম্বা চতুর্দ্দশ দিবস পর্য্যন্ত শিরোযন্ত্রনাদি কোন প্রকার লক্ষণ দেখিতে পাওয়া না যায়, তবে আমরা উহা আরোগ্য হইবে বলিয়া সাহস করিতে পারি। কিন্তু তাহার পর আরও কিছুকাল পর্য্যন্ত রোগীর মন্দাবস্থা প্রাপ্ত হইবার সম্ভাবনা থাকে।

বন্দুকের গুলির আঘাত। (GUNSHOT wounds)——সাধারণতঃ অক্ষিকোটরে কোন তীক্ষ্ণাগ্র শস্ত্রে এবং বন্দুকের গুলির উভয়বিধ আঘাতেই চিকিৎসা একরূপ হয়। তবে এই মাত্র স্মরণ রাখা উচিত যে, বন্দুকের গুলি শরীরে অন্য কোন অংশে প্রবিষ্ট হইলে, যেমন তথা হইতে সময়ে সময়ে ইতস্ততঃ সঞ্চালিত হইয়া থাকে, অক্ষিকোটরেও তদ্রূপ সঞ্চালিত হইয়া থাকে। আর যেমন অন্যান্য শৈল্য সম্বন্ধে বলা গিয়াছে যে, অন্য কোন স্থানে বাহ্য পদার্থ অন্তর্নিবিষ্ট থাকিলে, তাহা যেমন অগ্রে দেখা উচিত, অক্ষিকোটরে বন্দুকের গুলি আছে কিনা তদ্বিষয়েও প্রথম অনুসন্ধান করা আবশ্যক। পরে কোন্ দিক অনুসরণ করিয়া অক্ষিগোলকে প্রবিষ্ট হইয়াছে, তাহা স্থির করিতে হয়, এবং পরিশেষে, যেমন অন্য কোন শৈল্য উদ্ধার করিতে হয়, তদ্রূপ উক্ত গুলিকেও উদ্ধার করা আবশ্যক। আমরা কখন কখন এরূপ স্থলও দেখিতে পাই, যে কতকগুলি ছিটে-গুলি কন্‌জংটাইভাকে বিদ্ধ করতঃ, স্ক্লেরটিক্ হইতে বিক্ষিপ্ত হইয়া, অক্ষিকোটরের কৌষিক বিধানে অবস্থান করিতেছে। যাহা হউক, এইরূপ স্থলে, কৌষিক বিধান বহুদূর ভেদ না করিয়া, যে কয়েকটি গুলি অপসরন করিতে পারা যায় তাহাই করা বিধেয়।

অবশিষ্ট কয়েকটি গুলি, হয় উহাতে রুদ্ধ থাকিবেক, নতুবা যে সময়ে তাহারা বহির্দ্দিকে আসিতে থাকিবে, সেই সময়েই উদ্ধার করা বিধেয়। অক্ষিকোটরের গভীরতম নির্ম্মাণে উহাদিগকে অন্বেষণ করা কোন মতেই উচিত নহে।*

অস্থিগত রোগ সমূহ (DISEASES OF THE BONES)

পেরিয়ষ্টিয়ম বা অস্থ্যাবরণ প্রদাহ।——অক্ষিকোটরাস্থির আবরণে প্রবল (Acute) ও পুরাতন (Chronic) এতদুভয়বিধ প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে। তদনুযায়িক এই প্রদাহের লক্ষণ সকলের প্রবলতা ও বৃদ্ধির পরিমাণ বিভিন্ন হইয়া থাকে।

সাধারণতঃ সাক্ষাৎ আঘাত লাগিলে এই স্থানে পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগ জন্মে। কোন কোন স্থলে আঘাততঃ বোধ হয়, অধিক শৈত্যসংস্পর্শে বা সান্নিধ্যবর্ত্তী স্থানের পীড়া হেতু, উক্ত রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। কিন্তু অনেক স্থলে বংশানুগ বা লব্ধ উপদংশ পীড়াই উহার আদিম কারণ। যদি অক্ষিকোটরের বহিঃপ্রান্তস্থ পেরিয়ষ্টিয়ম্ পীড়িত হয়, তাহা হইলে সেই স্থানে শোফ্ হয় এবং তথায় পীড়ন দ্বারা অতিরিক্ত যন্ত্রণা বোধ হয়। কিন্তু যদি অর্বিট্যাল্ ফসা বা অক্ষিকোটরীয় খাতের পশ্চাদ্বর্ত্তী মেম্ব্রণ পীড়িত হয়, তবে এই রোগের প্রকৃত অবস্থা নির্ণয় করা অতি দুঃসাধ্য হইয়া উঠে। রোগী সর্ব্বদাই অক্ষিকোটর মধ্যে অতি প্রবল ও গভীর স্থায়ি যাতনার বিষয় অভিযোগ করিতে থাকে। বিশেষতঃ ঐ যন্ত্রনা শয়ন সময়ে বৃদ্ধি হয়; এবং যেমন পীড়ার বৃদ্ধি হইতে থাকে, তদ্রূপ প্রদাহ ক্রিয়াও অক্ষিকোটরের কোষিক বিধান পর্য্যন্ত প্রসরণ এবং পরিশেষে উহাতে পূয়োৎপাদন করে। আক্ষিক কন্‌জংটাইভা গাঢ়রূপে রঞ্জিত ও স্ফীত হয়; এবং অক্ষিগোলক অল্প বা অধিক পরিমাণে কোটর হইতে বহিঃক্ষিপ্ত হয়। এইরূপ লক্ষণাক্রান্ত পেরিয়ষ্টাইটিসের প্রথমাবস্থায়, অঙ্গুলির অগ্রভাগ দিয়া অক্ষিকোটরে সংপীড়ন করিতে করিতে, যেখানে পীড়িত পেরিয়ষ্টিয়ম্ আছে, অঙ্গুলি তৎস্থান স্পর্শ করিলে যন্ত্রণাদায়ক হইয়া উঠে। আর যদি রাত্রিকালে এই যাতনার বৃদ্ধি হয়; এবং রোগী যদি কখন পূর্ব্বে উপদংশ রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে, তবে উহা এই

* Poland on Protrusion of the Eyeball; *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. ii. p. 218. Also a case by Dr. Playne, vol. i. p. 215.

পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগ বলিয়া এক প্রকার প্রতীত হইল, এতদ্বিষয়ে আর কোন সন্দেহ নাই। প্রথমাবস্থায় এই পীড়াকে নিউর‍্যাল্‌জিয়া (Neuralgia) অর্থাৎ স্নায়ুশূল বলিয়া ভ্রম হইতে পারে, ইহা ট্রুসোর ন্যায় উচ্চ ব্যক্তি স্বীকার করেন। কিন্তু এই নিউর‍্যাল্‌জিয়া পীড়ায়, অক্ষিকোটর পীড়ন করিলে যাতনার বৃদ্ধি হয় না। অধিকন্তু পঞ্চম স্নায়ুর শাখা সংশ্রিত নিউর‍্যাল্‌জিয়া রোগে, ইহা দেখা গিয়াছে যে, প্রথম দুইটি গ্রীবা কশেরুকার স্পাইনস্ প্রোসেসের উপর পীড়ন করিলে, যন্ত্রনা অনুভূত হয়; এবং এই পীড়নে উক্ত স্নায়ু-শাখা সকলেও সতত যাতনার উদ্রেক হইতে থাকে। কিন্তু অক্ষিকোটরের পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগে এবংবিধ কোন লক্ষণ অনুভূত হয় না।*

অক্ষিকোটরের গভীরতর প্রদেশের প্রবল পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগ এবং উহার কৌষিক-বিধানের প্রদাহ † এতদুভয়ের প্রভেদ করা সর্ব্বদা অতিশয় দুঃসাধ্য হইয়া উঠে। এতদ্বিষয়ে এই এক প্রকার মীমাংসা করা যায় যে প্রথমোক্ত পীড়ায়, উৎপন্ন পূয় অক্ষিকোটর হইতে যদি সত্বর অপনীত না হয়, তবে নিকটবর্ত্তী অস্থির সম্যক্ বিনাশ বা নিক্রোসিস্ (Necrosis) হইবার সম্ভাবনা থাকে। আর কৌষিক প্রদাহে, এতদপেক্ষা অল্প ভয়ের কারণ থাকে। অপিচ উপরি লিখিত পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগে অক্ষিকোটর-প্রাচীর পীড়ন করিলে কোন একটি বিশেষ রুজাবস্থ স্থান অনুভব করিতে পারা যায়। কিম্বা অক্ষিগোলককে উহার কোটর মধ্যে প্রবেশিত করিবার প্রয়াস পাইবার কালেও তাহা অনুভূত হইতে পারে। আর, প্রথমে পেরিয়ষ্টিয়মের এবং তাহার চতুস্পার্শস্থ কৌষিক বিধানের শোফ্ সীমাবদ্ধ থাকাতে, প্রদাহ যে দিকে উপস্থিত থাকে, অক্ষিগোলক তাহার ঠিক বিপরীত দিকেই বহিঃক্ষিপ্ত হইয়া থাকে। এই নিমিত্তই যদি অক্ষিকোটরের ঊর্দ্ধাংশস্থ পেরিয়ষ্টিয়ম্ প্রদাহিত হয়, তবে অক্ষিগোলক অধঃদিকে আসিয়া পড়ে। পেরিয়ষ্টিয়ম্ প্রদাহে যেমন যন্ত্রনা একস্থানেই স্থায়ী থাকে, অক্ষিকোটরের কৌষিক বিধানের বিস্তৃত প্রদাহ (Diffuse inflammation) উহা তদ্রূপ একস্থানে সীমাবদ্ধ

* M. Trousseau on Neuralgia: *Medico-Chirurgical Review*, vol. xxxiv. p. 255, 1864.

† A. Graefe on Exophthalmos: *Ophthalmic Review*, vol. i. p. 137.

থাকে না ; অক্ষিপুটের চর্ম্ম গভীররূপে আক্রান্ত হয়, এবং পীড়া প্রবল পেরিষ্টাইটিস্ অপেক্ষা দ্রুতবেগে বর্দ্ধিত হইতে থাকে। যাহা হউক, কখন কখন উক্ত রোগ নির্ণয় করা অতিশয় কঠিন হইয়া উঠে। এমন কি আমরা সম্যকরূপে রোগের সমস্ত বিষয় অবগত হইয়া, হয়ত পরিশেষে পরীক্ষা ভ্রমাত্মক বলিয়া অবধারণ করিয়া থাকি।

চিকিৎসা।——আমরা যদি লক্ষণ সকলের আতিশয্য দেখিয়া বিবেচনা করি, যে পেরিয়ষ্টিয়মের নীচে পূয়োৎপত্তি হইয়াছে, তবে একটী সুঁচ দ্বারা উক্ত স্থান বিদ্ধ করিয়া পূয়ানুসন্ধান করা উচিত, যদি পূয় দেখিতে পাওয়া যায়, তবে যাহাতে উহা অনায়াসে বহির্গত হইতে পারে এই নিমিত্ত উক্ত সূচিকা ক্রমে সঞ্চিতপূয়স্থান পর্য্যন্ত উক্ত স্থান ভেদ করিয়া দেওয়া আবশ্যক। এইরূপ না করিলে নিঃসন্দেহ উক্ত স্থানের অস্থি ধ্বংশ হয় ; অথবা প্রদাহ-ক্রিয়া কবোটির অন্তরাবরক-বিধান (Lining membrane) পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে।* অত্যন্ত সাবধান হইয়া অক্ষিকোটরে উক্ত শস্ত্র ক্রিয়া করা যে আবশ্যক, ইহা বলা বাহুল্য। কারণ উক্ত স্থানের নির্ম্মাণ অতিশয় জটিল। কিন্তু তত্রাচ এইরূপ পীড়ায় বিলম্ব না করিয়া, সত্বর হইয়া শস্ত্র-ক্রিয়া করা নিতান্ত আবশ্যক।

নাতি প্রবল এবং পুরাতন পেরিয়ষ্টিয়ম রোগ দমন করিতে, আইওডাইড্ অব্ পটাসিয়ম্ এবং কডলিভার অইল্ বিশেষ গুণকারক হইয়া থাকে। ইহাতে যদিও পীড়া আরোগ্য না হয়, দমন রাখে সুতরাং উক্ত ঔষধ সেবন করা সর্ব্বতোভাবে পরামর্শ সিদ্ধ।

নিক্রোসিস্। (Necrosis)—— ইতি পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে, যে, অক্ষিকোটরীয় অল্প বা অধিক সংখ্যক অস্থির নিক্রোসিস্ বা মৃত্যু, পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগের শেষে ঘটিয়া থাকে ; অথবা আঘাত লাগিলে বা অক্ষিকোটরের কৌষিক-ঝিল্লি প্রদাহিত হইলেও উহা উৎপন্ন হইতে পারে। সম্প্রতি এইরূপ একটি রোগীকে ডাক্তর ম্যাক্‌নামারা সাহেব চিকিৎসা করিয়াছেন। ১৮৬৬ খৃঃ অব্দের ৫ই ডিসেম্বর টেট্ নামক একজন ইষ্টইণ্ডিয়া

* Poland on Protrusion of the Eyeball. Case of severe cerebral symptoms, coma and death, following an internal node of the orbit: *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. ii. p. 225.

রেলওয়ের প্রহরী ভয়ানক শৈত্য-ভোগ করে। পরদিবস ঐ ব্যক্তির দক্ষিণাক্ষি-কাটরের কৌষিক-ঝিল্লীতে ভয়াবহ প্রদাহ উপস্থিত হয়। চতুর্দ্দশ দিবস পরে, উর্দ্ধাক্ষিপুটের উর্দ্ধাভ্যন্তর (Inner and upper) প্রদেশে একটী ছিদ্র দিয়া অপরিমিত পূয় নির্গত হয়। তৎস্থানে একটী ফিশ্চুলা বা নালী পথও হইয়াছিল। পরে পূতি-গ্রন্থযুক্ত অস্থির কিয়দংশ স্খলিত হইতে আরম্ভ হয়। তদনন্তর জুন মাসে, যখন ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব এই ব্যক্তিকে প্রথম চিকিৎসা করিতে আরম্ভ করেন তখন অক্ষিকোটরের উর্দ্ধাংশের অস্থি মৃত বলিয়া অনুভূত হইয়াছিল। যাহা হউক, এই সময়ে সে এক প্রকার দক্ষিণ নেত্রবিহীন হইয়াছিল। এই নেত্রবিহীন হইবার কারণ যদিও রোগ প্রকাশের তৃতীয় দিবসে হইয়াছিল, তত্রাপি এতাবৎকাল পর্য্যন্ত উক্ত চক্ষুর কর্নিকা কার্য্যক্ষম, ও অক্ষিগোলকের পৈশিক যন্ত্র স্বাভাবিক ছিল। এমত কি, বাহ্যিক সামান্য পরীক্ষা করিলে, চক্ষু সুস্থ বলিয়া বোধ হইত। কিন্তু তিনি অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিয়া দেখিলেন যে, অপ্টিক্ ডিস্ক্ হ্রাস হইয়া গোলাকার ও শুক্রবর্ণ হইয়া রহিয়াছে, এবং রেটিনার রক্তবহা-নাড়ী সকল সঙ্কুচিত হইয়া গিয়াছে। ইহাতে প্রদাহ-ক্রিয়া অক্ষিকোটরের কৌষিক-ঝিল্লীকেও আক্রমণ এবং দর্শনস্নায়ু পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া অপ্টিক্ প্যাপিলার ক্ষয় উপস্থিত করিয়াছিল।

চিকিৎসা।——যদি আপনা হইতে স্খলিত হইতে উদ্যত না হইয়া থাকে, তবে কিছু দিন প্রকৃতির উপর নির্ভর করিয়া অপেক্ষা করা উচিত যে পর্য্যন্ত না উক্ত মৃত অস্থি আপনা হইতে পৃথক হইয়া আইসে। যখন মৃতাস্থি পৃথক্‌কৃত হইয়াছে বলিয়া জানা যাইবে, তখন উহাকে উদ্ধার করা বিধেয়। অক্ষিকোটরের নির্ম্মাণ অতিশয় ঘনসংবদ্ধ ও প্রয়োজনীয়, সুতরাং তাহাতে শস্ত্র করা অতিশয় গুরুতর কার্য্য। তন্নিমিত্ত নিতান্ত প্রয়োজন না হইলে, এস্থলে শস্ত্র ব্যবহার করা কোন মতেই উচিত নহে।

অক্ষিকোটরের অস্থি সকলের (Caries) কেরিজ্ বা ক্রমিক ক্ষয়।—উক্ত রোগ, বিশেষতঃ তাহা অনুপযুক্তরূপে চিকিৎসিত হইলে, যে কত ভয়াবহ অপকার উৎপাদিত হইয়া থাকে, তাহা নিম্ন লিখিত উদাহরণ পাঠ করিলে স্পষ্ট প্রমাণ পাওয়া যাইবে।

১৮৬৫ খৃঃ অব্দের ২০শে আগষ্ট গিরীশচন্দ্র সিংহ নামক অষ্টাদশ বর্ষ বয়স্ক এক যুবক কলিকাতা অক্ষিচিকিৎসালয়ে রোগ শান্তির নিমিত্ত প্রবিষ্ট হয়। ইহার পূর্ব্ববৎসর ঐ ব্যক্তি শারীরিক বিলক্ষণ সুস্থ ছিল; এবং পুস্তক মুদ্রালয়ে অক্ষর-সংযোজনের কার্য্য করিত। আর এরূপ কিছু জানিতে পারা যায় নাই যে, ঐ ব্যক্তি কখন বংশানুগ বা লব্ধ উপদংশ রোগে আক্রান্ত হইয়াছিল। এক বৎসর পূর্ব্ব হইতেই সে শিরোযন্ত্রণা ভোগ করিয়া আসিতে ছিল এবং তাহার কিছুকাল পরে উহার নাসিকা হইতে রক্ত ও শ্লেষ্মা নির্গত হইতে লাগিল। তন্নিমিত্ত সে বন্ধুবর্গের পরামর্শে, মুখ আনাইয়া ২ দুই মাস পর্য্যন্ত লালা নির্গত, ও ললাটপার্শ্বে জলৌকা সংলগ্ন করিয়া, শোণিত নির্গত করাইয়াছিল। কিছুদিন পরে, একদিন প্রাতঃকালে সে জাগরিত হইয়া দেখিল যে, তাহার বাম চক্ষু দৃষ্টি-বিহীন হইয়াছে। অপিচ আর এক মাসের মধ্যে দক্ষিণ চক্ষুরও দৃষ্টি-প্রতিরোধ হওয়ায় সে একেবারে অন্ধ হইয়া গিয়াছিল। ঘ্রাণ-শক্তির বিনাশ ভিন্ন, তাহার পাকযন্ত্রের বা মনোবৃত্তি পরিবর্ত্তিত হইয়াছিল না। দক্ষিণাক্ষিগোলক অধিকতর বহিঃক্ষিপ্ত, কর্ণিয়া ঘোর এবং বামনেত্রের ঊর্দ্ধাক্ষিপুটের নাসিকাদিকে একটি নালী-পথ উৎপন্ন হইয়াছিল। এই পথের মধ্য দিয়া একটি প্রোব্ বা এষণি অনায়াসে অক্ষিকোটরের অতি পশ্চাৎদেশ পর্য্যন্ত যাইতে পারিত, কিন্তু কোনরূপ নির্জীব বা গলিত অস্থি অনুভূত হয় নাই। বাম নেত্রাপেক্ষা দক্ষিণ নেত্রে অধিক উন্নত হইয়াছিল; এবং দৃষ্টিপথ স্বচ্ছ ও অপ্টিক্ ডিস্কের চতুঃসীমা অস্পষ্ট ছিল। অপ্টিক্ ডিস্ক্ এবং রেটিনা উভয়েই অস্বচ্ছ বোধ হইয়াছিল। কিন্তু রেটিনার রক্তবহা-নাড়ী সকলের প্রাকৃতিক আকারের কোন পরিবর্ত্তন ঘটিয়া ছিল না। রোগী দিন দিন ক্ষীণ হইতে লাগিল ও শিরোযন্ত্রণাও বৃদ্ধি পাইয়াছিল। ঐ সময়ে সে অনির্বাচ্য বমন দ্বারা পীড়িত হয়। কিন্তু উহার বাক্‌শক্তি ও মনোবৃত্তি পূর্ব্ববৎ বিশুদ্ধ ছিল। চিকিৎসালয়ে প্রবিষ্ট হইবার কিছুদিন পরেই, সামান্য পরিশ্রমান্তে, এমত কি শয্যা হইতে উঠিলেও তাহার উভয়াক্ষিগোলক স্পন্দিত বা ধব্ ধব্ করিত। এই স্পন্দন ও হৃদস্পন্দন উভয়েই যুগপৎ হইত।

পর বৎসর ১৮ই ফেব্রুয়ারি ঐ যুবকের মৃত্যু হইলে, উহার মৃতদেহ পরীক্ষা করিয়া দেখা গেল যে, তাহার ললটাস্থির সমস্ত অক্ষিকোটরাংশ এবং স্ফিন‌এড্ বোনের অধিকাংশ স্থান বিনষ্ট হইয়া গিয়াছে; সুতরাং ঘনীভূত ডিউরা মেটারই কেবল মস্তিষ্ক এবং অক্ষিকোটরীয় ফসাব অন্তর্গত ঝিল্লী সকলের মধ্যবর্ত্তী ছিল। এই নিমিত্তই জীবিতাবস্থায় অক্ষিগোলক স্পন্দিত হইত। দর্শন-স্নায়ু সকল কোমল ও বিনষ্ট হইয়া গিয়াছিল। কিন্তু অক্ষিকোটর প্রবিষ্ট রক্তবহা-নাড়ী ও স্নায়ু সকল পীড়িত স্থানেব সহিত এত ঘন সংবদ্ধ ছিল যে, উহাদিগকে কর্ত্তন বা উহাদেব প্রত্যেকেব অবস্থা নিরূপণ করা অত্যন্ত অসম্ভব হইয়াছিল। মস্তিষ্কেব সম্মুখাংশ সকলেব অধঃভাগ অধিক‌তর কোমলীভূত হইয়াছিল; কিন্তু তাহা ভিন্ন অন্য কোনবিধ গুরুতর পীড়ার আকার ধাবণ কবিয়াছিল না।

ফিশ্চুলা (Fistulæ) বা নালী।——অক্ষিকোটর প্রাচীরেব কেরিজ্ বোগ যেরূপ উক্ত যুবকেব পক্ষে প্রাণনাশক হইয়াছে, সৌভাগ্যক্রমে উহা সচবাচব তদ্রূপ প্রাণনাশক নহে। সচবাচব অস্থিব অত্যল্পাংশে পীড়া অবস্থিতি কবে, এবং তৎস্থান হইতে চর্ম্ম পর্য্যন্ত একটি নালী পথ উৎপন্ন হয়। এই নালী পথের মধ্য দিযা একপ্রকাব জলবৎ তবল পদার্থ সর্ব্বদা নিঃসৃত হইতে থাকে, এবং প্রোব্ বা এষণি দ্বাবা দেখিলে, কোমল অস্থি অনায়াসেই অনুভূত হইতে পাবে।

সচরাচর নিক্রোসিস্ এবং কেবিজ্ রোগ আরোগ্য করা উপেক্ষা উহাদের ঘটিত নালী আরোগ্য করা অতিশয় কষ্টদায়ক। বাহ্য নালীপথদ্বার পেরিয়‌ষ্টিয়মে সংযুক্ত হয়; সুতবাং উহা আরোগ্য হইলে, একটি পকার্ড্ সিকাট্রিক্স্ বা কোঁকড়ান ক্ষতজনিত চর্ম্ম উৎপন্ন হইয়া অক্ষিপুটকে সর্ব্বদা উল্টাইয়া বাখে।

ফরাসিস্ ডাক্তরদিগের লাইকুইয়াব্ ভিলেট্ বা তদ্রূপ অন্যবিধ ঔষধ, প্রত্যেক তৃতীয় বা চতুর্থ দিবসে, উক্ত নালীপথে পিচকারী দ্বারা প্রবিষ্ট করা‌ইলে, উহা নিরাময় হইয়া যায়।* প্রথমতঃ উহাতে কিঞ্চিৎ কষ্ট প্রদান এবং

* এম্ মোটা সাহেবের মতে যে২ দ্রব্য দ্বারা লাইকুইয়ার্ ভিলেট্ (Liqueur villate,) প্রস্তুত হয়, তাহা নিম্নে লিখিত হইতেছে,——লিকুইড্ সবয়্যাসিটে অব্ লেড্ ৩০ অংশ, সল্‌ফেট্ অব্ কপার ১৫ অংশ, সল্‌ফেট অব্‌জিংক্ ১৫ অংশ, হোয়াইট্ (শ্বেত) ভিনিগার ২০০ অংশ। Medico-Chirurgical Review, April, 1866, p. 556.

এম মিলেটন সাহেবও এই প্রক্রিয়ার অনুমোদন করেন।

প্রদাহ উৎপন্ন করে বটে, কিন্তু পরে ব্যবহার কালে তাদৃশ কষ্ট বোধ হয় না। এমত কি, পরিশেষে কষ্ট একেবারেই তিরোহিত হয়। কোন কোন স্থলে উক্ত ঔষধ দ্বারা কেবল যে নালী আরোগ্য হয়, এমত নহে, কিন্তু উহা দ্বারা পীড়িত অস্থিতেও স্বাস্থ্য সম্পাদন হইয়া থাকে।

অক্ষিকোটরীয় বিধান সমূহের প্রদাহ। (INFLAMMATION OF THE ORBITAL TISSUES.)

কৌষিক বিধান প্রদাহ (Inflammation of the cellular tissue)——অক্ষিকোটরের কৌষিক-বিধানেতে কখন কখন প্রবল প্রদাহ এবং পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকে। কিন্তু উহা আঘাত অথবা পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগ ব্যতীত, প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায় না; তবে কোন কোন স্থানে দেখিতে পাওয়া যায়, তাহাও যখন রোগী ক্ষীণ এবং দুর্ব্বল থাকে, তখন উক্ত অংশে বিস্তৃত বিসর্পি (Erysipelas) বিস্তার দ্বারা উৎপন্ন হইয়া থাকে। সাধারণতঃ এই সকল অবস্থায় অক্ষিগোলক প্রায়ই সুস্থ থাকে। কিন্তু দুর্ভাগ্যক্রমে রোগীর দৃষ্টি যদিও সম্পূর্ণরূপ বিনষ্ট না হয়, তথাপি প্রায় সর্ব্বদা ৫৮ পৃষ্ঠায় টেট্ নামক ব্যক্তির দৃষ্টান্তের ন্যায় দর্শন-স্নায়ুতে প্রদাহ-ক্রিয়ার বিস্তার দ্বারা, বা রেটিনাতে রসস্রাব ও কোরইড্ হইতে রেটিনা পৃথক্‌ভূত হওয়াতে তাহা হ্রাস হইয়া যায়। কখন কখন পৈশিকাবরণে পূয গমন করিয়া, পেশীচয়ের ক্রিয়ার ব্যতিক্রম করতঃ দ্বিদৃষ্টি উৎপাদন করে। এই রোগে পাইমিয়া (Pyæmia) অর্থাৎ শোণিতে অধিকতর পূয মিশ্রিত হইয়া অনিষ্টোৎপাদন করিতে পারে; এবং যখন এই রোগ সাংঘাতিক হইয়া উঠে, তখন রক্তবহা-নাড়ীতে থ্রম্বোসিস্ (Thromboses) বা রক্তপিণ্ড দৃষ্ট হয়। এই রক্তপিণ্ড মস্তিষ্কের বৃহৎ শিরা এবং এমত কি, জুগুলার ও ইন্নমিনেট্ শিরা সকল পর্য্যন্তও বিস্তৃত হইয়া থাকে।*

লক্ষণ।——অক্ষিকোটরীয় কৌষিক-বিধানগত প্রদাহের লক্ষণ সকল নিম্নে লিখিত হইতেছে। রোগী উক্ত পীড়িত অংশে ধব্‌ধবায়মান যাতনা অনুভব করে। ঐ যাতনা ললাটদেশ, মস্তকের পার্শ্ব, এবং কখন কখন গ্রীবাদেশস্থ পেশী সকল পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। সময়ে সময়ে উক্ত যাতনা

* French translation of Mackenzie's "Treatise on the Eye," vol. iii, p. 136.

সাতিশয় কষ্টকর হয়, এবং রোগীর সর্ব্বদা অল্প জ্বরও হয়। আর যদি কখন উঁহার নিদ্রাভাব হয়, তবে স্বপ্নে বিভীষিকা দেখিতে থাকে। অক্ষিপুট স্ফীত এবং পাংশু-রক্তবর্ণ হয়। কন্‌জংটাইভা সর্ব্বতঃ সমভাবে সংবষ্টিত (Chemosed) এবং রক্তপূর্ণ হয়। অক্ষিকোটরের কৌষিক-বিধান মধ্যে রস-স্রাব হওয়ায়, অক্ষিগোলক শীঘ্র ২ কিয়ৎদূর বহিঃক্ষিপ্ত হয়। কিন্তু এই বহিঃ-ক্ষেপণ পেরিয়ষ্টাইটিস্ এবং অন্য বিধ টিউমারের বহিঃক্ষেপণ হইতে বিশেষ। তাহা এই যে, অক্ষিগোলক যেরূপ তত্তৎ পীড়ার প্রতিচাপ অনুসারে, কৈন্দ্রিক রেখার অন্য কোন একদিকে ক্ষিপ্ত হয়, ইহাতে সেরূপ না হইয়া, বরং ঠিক সরল-ভাবে বহিঃক্ষিপ্ত হয়। ইহাতে কর্ণিয়া পরিষ্কৃত ও উজ্জ্বল থাকিতে পারে। অথবা এমত হইতেও পারে যে, অধিকক্ষণ বাহ্য-বায়ু সংস্পর্শে উহার এবং কন্‌জং-টাইভার উপবিভাগের ক্লেদ কঠিন হইয়া মামড়ী উৎপন্ন (Crusts) হয়। ইপি-থিলীয়ম্ শুষ্ক হওয়ায়, কর্ণিয়া মলিন হয়। তৎপরেই নিক্রোসিস্ বা ধ্বংশ হয়; এবং চক্ষু একেবারে বিনষ্ট হইয়া যায়।

সচরাচর এই রোগের আরম্ভ সময় হইতে দশ কিম্বা বার দিবসের মধ্যে সাধারণতঃ অক্ষিগোলকের অধঃ ও অভ্যন্তরভাগে, এক বা তদধিক এতাদৃশ স্থান দৃষ্ট হয়, যাহাতে পূয গতি (ফ্লক্‌চুয়েশন্) অনুভূত হইয়া থাকে। যখন সমুদয় পূয স্রাবিত হইয়া যায়, তখন যন্ত্রনার অনেক লাঘব হয়। অক্ষিগোলক কোটরমগ্ন হয়, এবং উক্ত স্থান সকল স্বাভাবিক স্থানে যায়। কিন্তু অক্ষিগোলক যদিও প্রদাহক্রিয়া দ্বারা সম্পূর্ণ বিনষ্ট না হয়, তথাপি অধিকাংশস্থলে দর্শন-স্নায়ু পূর্ব্বোক্ত বর্ণনানুরূপ অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রদাহ সমাক্রান্ত হয়, এবং তৎপরে উহার হ্রাস হইবারও সম্পূর্ণ সম্ভাবনা থাকে। অথবা, অক্ষিকোটরের অস্থি সকলের ধ্বংশ বা অধিকতর ক্ষতজনিত চর্ম্ম উৎপন্ন হইয়া, অক্ষিগোলক পর্য্যন্তও হ্রাস করিয়া তুলে।

কৌষিক-বিধানে পুরাতন প্রদাহ (Chronic Inflammation)

অক্ষিকোটরীয় কৌষিক-বিধানগত পুরাতন প্রদাহের লক্ষণ সকল উল্লিখিত লক্ষণাপেক্ষায় অল্প প্রবল হয়। সাধারণতঃ এই রোগাক্রান্ত রোগীরা উপদংশ বা স্ক্রফুলা রোগাক্রান্ত জনকজননী অথবা বৃদ্ধ ও ক্ষীণ জনকজননী সম্ভূত হইয়া থাকে।

এই প্রদাহ-ক্রিয়া প্রায় সচরাচর পেরিয়ষ্টিয়মে আরম্ভ হইয়া থাকে। রোগী উক্ত স্থানে সর্ব্বদা যন্ত্রণা ভোগ করিতেছে বলিয়া অভিযোগ করে। ইহাতে দিবাও যত শেষ হইতে থাকে, যন্ত্রণাও তত বৃদ্ধি হইয়া, ললাটদেশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। প্রদাহ বৃদ্ধির সঙ্গে ২ অক্ষিকোটরের সেলুলার্ টিস্থও পীড়িত হইতে থাকে। কন্‌জংটাইভা ও অক্ষিপুট আরক্তিম এবং স্ফীত হয়; এবং অক্ষি-গোলক অল্প বা অধিক পরিমাণে বহিঃক্ষিপ্ত হয়। যাহা হউক, উক্ত পীড়িত স্থানে পীড়ন করিলে কৌষিক-বিধানের প্রবল প্রদাহে যত যন্ত্রণা হইয়া থাকে, এই পুরাতন প্রদাহে তত যন্ত্রণা হয় না। সচবাচর এমম্বিধস্থলে অক্ষিগোলক কোটর হইতে সমধিক বহিঃক্ষিপ্ত হয়; এবং এই বহিঃক্ষেপণ অল্পে অল্পে হয় বলিয়া, উহা অক্ষিকোটবের কোন অর্ব্ব্যুদাদিব আকার ও লক্ষণ ধারণ করে; সুতরাং এই বোগেব আনুষঙ্গিক লক্ষণ সকল উত্তমরূপে অভ্যস্ত না থাকিলে, উক্ত উভয়বিধ রোগেব প্রভেদ নির্ণয় কবা যায় না। যে যে স্থলে অক্ষিগোলক অক্ষিকোটবে কোন অর্ব্বুদাদি দ্বারা বহিঃক্ষিপ্ত হয়, তত্তৎস্থলে অক্ষিগোলকেব কেন্দ্র (Axis) টিউমাবেব প্রতিচাপ জন্য উহার বিপরীত-দিকে অবস্থিতি করে; এবং যেদিক হইতে উক্ত অর্ব্বুদ পীড়ন দেয়, চক্ষু ঠিক তাহার বিপবীতদিকে বহিঃক্ষিপ্ত হয়। কিন্তু এই পীড়ায় সেরূপ না হইয়া, ববং ঠিক সবলভাবে সম্মুখক্ষিপ্ত হইযা থাকে (৮ ম এবং ৯ প্রতিকৃতি দেখ)। অক্ষিকোটরে পূয়োৎপত্তি হইয়াছে কি না এরূপ সন্দেহ জন্মিলে, একটি ছিদ্র-যুক্ত সূঁচ (Grooved needlle) বিদ্ধ কবিয়া, পবীক্ষা কবা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়; কিন্তু ঐ সূঁচ বিদ্ধ কবিবার সময়, উহার অগ্রভাগ যেন মস্তিষ্কের-দিকে প্রবিষ্ট না হয়, এরূপ সাবধান হইতে হয়।

সার্ উলিয়ম্ লবেন্স্ সাহেব* দশবর্ষবয়স্ক একটী বালকের পীড়া বর্ণনা করিয়াছেন, তাহা নিম্নে উদ্ধৃত হইল।—দক্ষিণ চক্ষুতে পীড়াক্রান্ত হইয়া ঐ বালক তাঁহার নিকট সমানীত হয়; এবং এরূপ শুনিতে পাওয়া গিয়াছিল যে, ঐ রোগ সপ্তাহ পর্য্যন্ত ঐ বালককে আক্রমণ করিয়াছিল। দক্ষিণাক্ষি-গোলক বামাক্ষিগোলক অপেক্ষা অর্দ্ধ ইঞ্চ পরিমিত সম্মুখ এবং বহির্দ্দিগে ক্ষিপ্ত হইয়াছিল। নাসাপাঙ্গদেশ এবং তন্নিকটবর্ত্তী অংশ সকল রঞ্জিত ও

* Lawrence on "Diseases of the Eye," 2nd edit. p. 744.

পোক্‌যুক্ত হইয়াছিল। অক্ষিকোটরে অস্পষ্টরূপে গভীর পূয় গতি অনুভূত হইয়াছিল। ইহাতে একটী ল্যান্‌সেট্‌ ঐ স্থানে প্রায় ½ ইঞ্চ পরিমিত স্থান গভীরে প্রবেশ করায়, তন্মধ্য দিয়া প্রায় অর্দ্ধ ছটাক পরিমিত পূয় বিনির্গত হইয়াছিল। এইরূপে শীঘ্র২ রোগ নিরাময় হইল; এবং এক সপ্তাহ মধ্যে ক্ষত শুষ্ক হইল। কিন্তু এইরূপ পুরাতন স্ফোটক আরোগ্য হইতে, প্রায় একবৎসরকাল অতীত হইয়াছিল। ডাক্তার মেকেঞ্জি সাহেব ইহার এক দৃষ্টান্ত বর্ণনা করিয়াছেন।*

চিকিৎসা।——শরীরের অন্যান্য স্থানের কৌষিক-বিধানের প্রদাহে যেরূপ চিকিৎসা করিতে হয়, অক্ষিকোটরের কৌষিক-বিধান প্রদাহেরও তদ্রূপ চিকিৎসা। এই স্থানে যখন অতি প্রবল প্রকারের প্রদাহ উপস্থিত হয়, তখন প্রদাহের প্রথমাবস্থায় প্রদাহিত স্থানে জলৌকা এবং সর্ব্বদা শীতল জলার্দ্র বস্ত্র সংলগ্ন করিয়া, উত্তেজনা ও পূযোৎপাদন রহিত করণের চেষ্টা পাইতে হয়। ইহাতে যদি কৃতকার্য্য হওয়া না যায়, তবে পোল্‌টিস্‌ এবং উষ্ণ জলের সেক প্রদান করিয়া পূয়োৎপত্তি যাহাতে শীঘ্র২ হয় তাহার উপায় করিতে হয়। ইহাতে যখন উহাতে পূয়োৎপত্তি হইবে, তখন উক্ত স্ফোটকে সুবিভক্ত ও বিশালরূপে শস্ত্র করিয়া, সমুদয় পূয় নিঃসৃতকরিয়া দেওয়া উচিত। যতদিন পর্য্যন্ত পূয় স্রাব বন্ধ না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত ঐরূপ পোল্‌টিস্‌ সংলগ্ন করিতে হয়।

এস্থলে ইহা বলা বাহুল্য যে, যদি এই রোগ ইরিসিপেলাস্‌ রোগ সংশ্রিত হয় তবে ইহাতে য়্যাণ্টিফ্লোজিষ্টিক্‌ ঔষধ সকল অর্থাৎ জলৌকা সংলগ্ন ইত্যাদি প্রদাহ নিবারক ব্যবস্থা না করিয়া, বরং যাহাতে রোগী সবল থাকে, তদ্বিধান করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। নাড়ী এবং শরীরের উত্তাপ দেখিয়া কি পরিমাণে পুষ্টিকরপথ্য ও উত্তেজিত ঔষধ দিতে হয় জানা যায়, সেস্কুই ক্লোরাইড্‌ অব্‌ আইরণের দ্বারা যে অনেক উপকার দর্শে, তদ্বিষয়ে ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেবের বিলক্ষণ বিশ্বাস আছে। ছয় ঘণ্টা অন্তর ১৫ পনর ফোটা টিংচর ফেরাই ক্লোরোডাই ১৫ গ্রেণ্‌ ক্লোরেট্‌ অব্‌ পটাসের সহিত সেবন করিলে, রক্তের অবস্থা সংশোধিত হইয়া, যে সকল বিষাক্ত পদার্থ জন্য রোগ উৎপন্ন

---

* Mackenzie, "*Diseases of the Eye*," 4th edit. p. 302.

হয়, তৎসমুদয় বিনষ্ট হইয়া যায়। রোগীর নিদ্রার নিমিত্ত আফিঙ্গ, বিশেষতঃ ক্লোর্যাল্ হাইড্রেট্ সেবন করান বিধেয়। বাস্তবিক এই রোগের প্রথমাবস্থায়, শরীরের বিশ্রাম ব্যতীত আর কোন উত্তম চিকিৎসা নাই। এই সঙ্গে২ স্থপ ও উত্তেজক ঔষধ এবং টিংচর ফেরি সেস্কি ক্লোরাইড্ সেবন করান উচিত। এইরূপ চিকিৎসা করিলে, হয়ত উহাতে পূয়োৎপত্তি রহিত হয়, আর যদি পূয়োৎপত্তি হয়, তবে তাহাও শীঘ্র নিঃশেষিত হয়। অপিচ ইহাও আমাদের স্মরণ রাখা উচিত যে, মস্তিষ্কের সহিত উক্ত অংশের নৈকট্য সম্বন্ধ থাকায়, যতদিন পর্য্যন্ত প্রদাহক্রিয়া অপনীত না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত উক্ত প্রদাহ, মস্তিকাবরণ পর্য্যন্ত প্রসারিত হইবার সম্ভাবনা থাকে।

ক্যাপসিউল্ অব্ টিননের প্রদাহ (Inflammation of the capsule of Tenon)—রুমেটিজম্ রোগাক্রান্ত ব্যক্তিদিগেরই উপস্থিত হইয়া থাকে। অন্যান্য স্থলে, উক্ত অংশে আঘাত লাগিলে, বা তন্নিকটবর্ত্তী নির্ম্মাণ হইতে বিসর্পি রোগ আক্রমণ করিতে পারে।*

লক্ষণ।——কনজংটাইভার নিম্নস্থ ঝিল্লী গাঢ়রূপে রঞ্জিত হয়, কিন্তু আইরিস্ পীড়িত হয় না। উহার রক্তবহা-নাড়ীগুলি রঞ্জিতভাবও উক্ত স্থানের শোফ্ কি কারণে অধিক দিনপর্য্যন্ত অবস্থান করে, তাহা আমরা বলিতে পারি না। চক্ষুতে অল্প যন্ত্রণা বোধ হয়, বিশেষতঃ একপার্শ্ব হইতে অপরপার্শ্ব পর্য্যন্ত চক্ষু বিঘূর্ণন করিবার সময়, উক্ত যাতনা বিলক্ষণ কষ্টদায়ক বলিয়া অনুভূত হয়; কিন্তু দৃষ্টির কোন হানি হয় না। চক্ষু কোটর হইতে অত্যল্প বহিক্ষিপ্ত হয়, এবং অক্ষিগোলকের চলতার কিঞ্চিৎ হ্রাস হইয়া, দ্বিদৃষ্টি উপস্থিত হইতে পারে।

কিছুদিন পরেই উল্লিখিত লক্ষণসকল স্বয়ং অপনীত হইয়া যায়, কোন বিশেষবিধ মন্দ ফলোৎপত্তি করে না। কিন্তু উক্ত রোগের অগ্রে ইরিসিপেলাস্ রোগ হইলে দর্শনস্নায়ু প্রদাহিত হইয়া, অপ্টিক্ নিউরাইটিস্ এবং প্যাপিলার বিনাশ সমুৎপাদিত করিতে পারে।

চিকিৎসা।——সচরাচর উত্তপ্ত জলার্দ্র বাস দ্বারা চাপ দিয়া বান্ধিয়া রাখিলে, রোগীর অনেক উপশম বোধ হইতে পারে। পুনঃ২ অধিক মাত্রায়

---

* "Maladies des Yeux," Wecker, vol. i. p. 696.

আইওডাইড্ অব্ পোটাসিয়ম্ সময়ে২ অধিকতর কার্য্যকারী হইয়া থাকে। কিন্তু সাধারণত প্রকৃতির উপর নির্ভর করাই এই রোগের উত্তম ঔষধ। আমরা অনেক সময়ে প্রকৃতির উপর নির্ভর করিয়া সুফল উৎপাদন করিয়া থাকি।

ORBITAL GROWTHS AND TUMOURS.

অর্থাৎ

অক্ষিকোটরীয় গ্রন্থি এবং অর্ব্বুদ সকল।

এক্সঅপ্থ্যাল্মস্ (Exophthalmos) বা অক্ষিগোলকের বহিঃক্ষেপণ সুবিধার নিমিত্ত নিম্ন লিখিত দুই ভাগে বর্ণিত হইতেছে।—

১ মতঃ। অক্ষিকোটরের অন্তর্গত পদার্থের বৃদ্ধি দ্বারা অক্ষি-গোলকের বহিঃক্ষেপণ। যথা, অক্ষিকোটরের কৌষিক-ঝিল্লীর বৃদ্ধি অথবা তথায় একটি অর্ব্বুদ উৎপন্ন হইলে।

২ য়তঃ। অক্ষিকোটর খর্ব্ব হলে অক্ষিগোলকের বহিঃক্ষেপণ—অর্থাৎ অক্ষিকোটর প্রাচীর হইতে অস্থিময় অর্ব্বুদ উৎপন্ন হইলে অথবা এ্যানট্রমে (Antrum) স্ফোটক উৎপন্ন হইলে, তাহা যদি অক্ষিকোটরের নিম্ন প্রাচীরকে ঊর্দ্ধদিকে ক্ষেপণ করে।*

এক্স্অপ্থ্যাল্মিক্ গয়েটর (Exophthalmic Goitre)—প্রথম শ্রেণীভুক্ত গুরুতর রোগ সমূহ মধ্যে এক্সঅপ্থ্যাল্মিক গয়েটর্ বা নেত্রগণ্ড একবিধ ভয়ানক রোগ। ডাক্তার গ্রেভ্ সাহেব প্রথমে উহার বর্ণনা করিয়া গিয়াছিলেন।† পরে, তাঁহার বন্ধুভূতপূর্ব্ব অধ্যাপক ট্রাউসো সাহেব পীড়িত ব্যক্তির চিকিৎসাবিষয়ক বক্তৃতায় উহার বর্ণনা করিয়া, স্পষ্ট বুঝাইয়া গিয়াছেন। তাঁহার মতে এক্স অপ্থ্যাল্মিক্ গয়েটর, সমবেদন-স্নায়ুর (Sympathetic nerve) নিউরোসিস্ (Nuerosis) বা স্নায়ু পীড়া কারণে উৎপন্ন হইয়া থাকে। উহাতে উক্ত স্থানে রক্তাধিক্য হয়; কিন্তু ভ্যাসো-মোটর্ এ্যাপারেটসের (Vaso-motor apparatus) অর্থাৎ রক্তবহা-নাড়ী সঞ্চালক স্নায়ুর পরিবর্ত্তনই এই রোগের সান্নিধ্য কারণ। ইহা একবিধ রোগ; কারণ ইহাতে কতকগুলি বিশেষ লক্ষণ দেখা যায়। যথা— অতিশয় হৃদ্

* "Maladies des Yeux," Weeker, vol. i. p. 705.

† "Clinical Lectures," p. 587.

খাম্পতেও অক্ষিগোলকদ্বয় এবং থাইরোইড্ গ্লাণ্ড্ বা আক্রমণ করে, কারণ ইহাতে কতকগুলি বিশেষ২ লক্ষণ দেখা যায়। নিদান তত্ত্বে যে সকল স্নায়বীয় পীড়ার উল্লেখ আছে তাহাদের মধ্যে ইহা এক বৃহৎ শ্রেণী। উহা হৃৎপিণ্ডের যান্ত্রিক পীড়া-জনিত এক্স্অপ্থ্যাল্মস্ রোগ হইতে সম্পূর্ণ প্রভিন্ন। আর উহাকে প্রকৃত গয়েটর্ বা গলগণ্ডরোগ বলিয়াও ভ্রম হইতে পারে না। *

ডাক্তর, টি লেকক্ সাহেবের মতে এক্স্অপ্থ্যাল্মিক্-গয়েটর্ স্নায়ুমণ্ডলের নানাবিধ অস্বাভাবিক অবস্থা হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই রোগ যখন উভয়দিকে উপস্থিত হয়, তখন উহাকে কশেরুকা মজ্জার পীড়াজনিত বলিয়া জানা যায়। ইহাতে কশেরুকা মজ্জার গ্রীবা ও পৃষ্ঠদেশের অংশ ও তৎসহ-যোগে উক্ত দুই প্রদেশস্থ সিম্প্যাথেটিক্ স্নায়ুও পীড়িত হয়। কিন্তু যখন এই এক্সঅপ্থ্যালমস্ এক দিকে হয়, তখন উহা ট্রাইজিমিন্যাল্, গ্যাংলিয়ন্ (Trigeminal ganglion) এবং উক্ত পঞ্চম-স্নায়ুর শাখা সকলের পীড়া হইতে সমুৎপন্ন হইয়া থাকে। ‡ এই উভয়বিধস্থলে সমবেদন স্নায়ুর উত্তেজন দ্বারা য়্যাডিপোস্ টিস্যুর বা মেদজ বিধানের বিবৃদ্ধি এবং অক্ষিকোটরীয় শিরা সকলের প্রসারণ হইয়া থাকে।

এক্সঅপ্থ্যাল্মিক্ গয়েটর্ প্রধানতঃ স্ত্রীলোকদিগেরই হইয়া থাকে। ডাক্তর উইদিউসেন বর্ণিত পঞ্চাশৎ স্থলের মধ্যে আটটিমাত্র পুরুষ এই রোগে আক্রান্ত বলিয়া উদাহৃত হইয়াছে। †

লক্ষণ।——নার্ভস্ ইরিটেবিলিটি বা স্বভাবের উগ্রভাব, মস্তক এবং মুখমণ্ডলের ভারবোধ এবং সময়ে২ প্রবল হৃৎকম্পন এই রোগের প্রথম লক্ষণ। স্ত্রীলোকদিগের এই রোগ ঘটিলে, ঋতুর ব্যতিক্রম হইয়া থাকে, তৎপরে থাই-রোইড্গ্ল্যাণ্ড্ বৃদ্ধি হইতে আরম্ভ হয়, এবং তৎ সঙ্গে২ উভয়াক্ষিগোলক সমভাবে বহিঃক্ষিপ্ত হইতে থাকে। কিন্তু এই বহিঃক্ষেপণ ক্রমে২ ঘটিয়া

* "Lectures on Clinical Medicine," by A. Trousseau; translated by Dr. Bazire, p. 579.

‡ On the Cerebro-Spinal Origin and Diagnosis of the Protrusion of the Eyeball, commonly called Anæmic, by Dr. T. Laycock: *Medico-Chirurgical Review*, July, 1863. p. 251.

† *Dublin Medical Press*, vol. xlii. July, 1859.

থাকে। ইহা হইবার পুর্ব্বেই চক্ষুর পেশীমণ্ডলের অনেক পরিবর্ত্তন ঘটে ও উহাদেব য়্যাক্সেস্ (Axes) উল্টাইযা যায়। উর্দ্ধপুট কুঞ্চিত হওয়া প্রযুক্ত রোগী বিভ্রান্তের ন্যায একভাবে দৃষ্টি করিয়া থাকে। অক্ষিপুটের চলত্বের হানি হয়, উহা উর্দ্ধ বা অধঃদিকে দৃষ্টি করিবার সময় অক্ষিগোলকের গতির অনুসরণ করিতে পারে না; এই অচলত্ব এক্স্অপথ্যাল্মস্ ব্যতীত ঘটিয়া থাকে। তথাপি অক্ষিগোলকের চলত্বের কোন ব্যতিক্রম হয় না। উহা সময়ে২ এতদূর বহিঃক্ষিপ্ত হয় যে, রোগী কোনক্রমেই অক্ষিপুট মুদিত করিতে পাবে না। ডাক্তব ট্রাউসো সাহেব বর্ণনা কবিয়াছেন যে, তিনি একস্থলে বোগীর অক্ষিগোলকদ্বয় কোটর হইতে সম্পূর্ণ বহিঃক্ষিপ্ত হইয়া আসিতে দেখিয়াছেন। কিন্তু এইরূপ ঘটনা অতিকদাচিৎ ঘটিয়া থাকে। অন্যান্যস্থলে অক্ষিগোলকদ্বয় অল্প পরিমাণে বহিঃক্ষিপ্ত হইয়া আসিলে, উহা-দের উজ্জ্বলতা, থাইরইড্ গ্ল্যাণ্ডের বৃদ্ধি এবং স্নায়ুসম্বন্ধীয় অন্যান্য লক্ষণ সকল দেখিয়া আমরা এক্সঅপ্থ্যাল্মিক্ গয়েটব্ বোগ নির্ণয করিতে পারি।

এই রোগ হৃদ্পিণ্ডের কোন ব্যাধি হইতে উৎপন্ন হয় না। সম্পূর্ণ হৃদ্-স্পন্দন বিদ্যমান থাকিলেও সামান্যতঃ হৃদ্পিণ্ডেব কোন নৈর্ম্মাণিক পরিবর্ত্তন দেখিতে পাওয়া যায় না।

রোগীর দৃষ্টির লাঘব হয, এবং সে অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত কোন বস্তুর প্রতি স্থিরভাবে দৃষ্টি বাখিতে পাবে না। কিন্তু তভিন্ন দৃষ্টির অন্য কোনরূপ দোষ দেখিতে পাওয়া যায় না। এই বোগাক্রান্ত চক্ষু অক্ষিবীক্ষণ দ্বারা দেখিলে রেটিনা এবং কোরইড্ আরক্তিম হইয়াছে দেখা যায়। যাহা হউক, এস্থলে দৃষ্টিপথ স্বচ্ছ থাকিতেও পারে।

ভাবিফল।——কোন কোন স্থলে, অনেক দিন গত হইলে, এক্স-অপ্থ্যালমিক্ গয়েটর্ স্বয়ং ক্রমশঃ অদৃশ্য হইতে থাকে। রোগীর স্বাস্থ্য বৃদ্ধি হয়; হৃদকম্প এবং অন্যান্য স্নায়ুসম্বন্ধীয় লক্ষণ সকল—যাহা হইতে রোগী পূর্ব্বে অনেক কষ্ট সহ্য করিয়াছিল, তাহা ক্রমশঃ হ্রাস হইয়া পড়ে। থাই-রইড্ গ্ল্যাণ্ডের বৃদ্ধি এবং অক্ষিগোলকদ্বয়ের উন্নতভাব তিরোহিত হইয়া, পূর্ব্বাবস্থা প্রাপ্ত হইতে থাকে। যাহা হউক, পোষণ কার্য্যের নিমিত্ত কর্ণিয়া বাহ্যবায়ুতে সতত সংস্পৃষ্ট থাকায়, অথবা পঞ্চমস্নায়ুর "ট্রফিক" সূত্রসকলের

(Trophic fibres) অবসন্নতা প্রযুক্ত উহাতে পূয়োৎপত্তি এবং পরিশেষে চক্ষুর বিনাশও ঘটিতে পারে।

চিকিৎসা।——এই ভয়ানক পীড়ার পূর্ব্বোল্লিখিত সমুদায় বৃত্তান্ত অবগত হইয়া, ইহা জানা যাইতেছে যে, উহা স্থানীয়রোগ (Local affection) নহে। তন্নিমিত্ত যাহাতে রোগীর স্বাস্থ্য প্রধানতঃ প্রবর্দ্ধিত হয়, এরূপ ঔষধ ব্যবস্থা করা বিধেয়। এই পীড়া স্ত্রীলোকদিগেরই অধিকাংশস্থলে হইয়া থাকে। ইহাতে রোগের প্রারম্ভ হইতেই ঋতু বৈলক্ষণ্য এবং প্রায়ই রক্তাভাব থাকে। এই জন্য পূর্ব্বোক্ত অবস্থা সকলের প্রতি সবিশেষ মনোযোগ করিয়া চিকিৎসা করা অতীব প্রয়োজনীয়।

ডাক্তার ট্রাউসো সাহেব বলেন যে, বিবেচনামত হাইড্রোপ্যাথি বা জল দ্বারা চিকিৎসা অন্যান্য ঔষধ সেবনের সহিত ব্যবহারে রোগীর স্বাস্থ্য বৃদ্ধি হয়। তিনি আরও বলেন যে, কেবল এই ঔষধই উক্ত রোগাপশমের একমাত্র উপায়। গ্যাল্‌ভানিজম্ বা তাড়িত উর্দ্ধভাবে সিম্প্যাথেটিক্ স্নায়ুতে প্রয়োগ করিলে, তদ্দ্বারা যে কেবল থাইরইড্ গ্ল্যাণ্ডের আকার হ্রাস হয়, এমত নহে। কিন্তু প্রকৃত রোগেরও বহুল উপকার হয়।* দৃঢ় কম্প্রেস্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা অনেক ফল দর্শে; বিশেষতঃ যদি কর্ণিয়া কলুষিত হয়, তাহা হইলে উহা দ্বারা সমধিক ফল দর্শিযা থাকে। আর যদি উর্দ্ধাক্ষিপুটের পশ্চাদাকর্ষণ বিশেষরূপ দৃষ্ট হয়, তবে নিম্ন লিখিত শস্ত্র প্রক্রিয়া দ্বারা উপকার দর্শিতে পারে। যে অক্ষিপুটে শস্ত্র করিতে হইবে, তাহার অধঃপ্রদেশে একখানি শৃঙ্গ-বিনির্ম্মিত স্প্যাচুলা অক্ষিপুটের ঠিক অধঃদিকে প্রবিষ্ট করিয়া, সমতলভাবে টার্স্যাল্ কার্টিলেজ্ বা পুটোপাস্থির উর্দ্ধপ্রান্তের সমান্তরাল করিয়া, চর্ম্মকে দ্বিধা করিবে। লিভেটর্ প্যাল্‌পিব্রিকে দেখিতে পাওয়া যায় এমত ভাবে অর্ব্বিকিউল্যারিস্ পেশীর সূত্রচয়ের কিয়দংশ এবং সান্নিধ্যবর্ত্তী ফেসিয়াকে (Fascia) কর্ত্তন করিয়া লইতে হয়। এই পেশীর যেং সূত্র পুটোপাস্থির উপবিভাগ বা অন্তর্ভাগ দিয়া গতায়াত করে, সাবধান হইয়া তাহাদিগকে বিভাজিত করা বিধেয়। এইরূপ করায় অসম্পূর্ণ টোসিস্

---

* The practitioners 1873, p. 186.

(Ptosis) বা উহার পতন উপস্থিত হয়। কিন্তু যদি শস্ত্র প্রক্রিয়া নির্ব্বিঘ্নে সিদ্ধ হয়, তবে উক্ত পশ্চাদাকর্ষণ ক্রমশঃ হ্রাস হইতে থাকে।*

সিষ্টিক্ টিউমার্—অক্ষিকোটরে সমুৎপন্ন হইয়াও এরূপ পুরাতনিক রোগ উৎপন্ন করিয়া থাকে। এই স্থানে ঐ সকল টিউমার্ প্রায়ই অক্ষি-কোটরীয় অস্থিময় প্রাচীরের কোন না কোন অংশের সহিত সংযুক্ত থাকে। উহাদিগের অভ্যন্তরে নানাবিধ পদার্থ অবস্থান করে। এই পদার্থ সকল কখন জলবৎ, (Hygroma হাইগ্রোমা); কখন সিউয়েট্ বা মেসের বসাবৎ (Steatoma ষ্টিটোমা); কখন আতার শাঁশের ন্যায়, (Atheroma এথে-রোমা); এবং কখন বা মধুবৎ, (Meliceris মিলিসেবিস্)। কিন্তু যদ্রূপ ওভেরিয়ন্ টিউমার্ হইতে লোম উৎপন্ন হয়, তদ্রূপ এই সকল অর্ব্বুদ হইতেও সচরাচর লোম উৎপন্ন হইতে দেখা যায়।

উল্লিখিত অনেকানেক শিষ্ট্ চতুঃপার্শ্ববর্ত্তী অংশের সহিত কিরূপ সম্বন্ধে আছে, তাহা শস্ত্র প্রক্রিয়াব অগ্রে অবধারণ করা সুকঠিন। উহারা কখন কখন অক্ষিকোটরের পশ্চাদ্দিকে এবং এমত কি অপ্টিক্ ফোরামেনের মধ্য দিয়াও প্রসারিত হয়। যদি উহাতে কোন সময়ে পূয়োৎপত্তি হয়, তবে করোটি মধ্যস্থ ঝিল্লি সকলে ভয়ানক প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে।

লক্ষণ।——সচরাচর এইস্থানে স্থিত সিষ্টিক্ টিউমার্ সকলের আকার ক্রমশঃ পরিবর্দ্ধিত হয়; এবং যত দিন পর্য্যন্ত উহা প্রকাণ্ড না হয়, ও অক্ষিগোলককে উহাদের উৎপত্তি স্থানের বিপরীতে ক্ষেপণ না করে, ততদিন পর্য্যন্ত রোগী কোন কষ্ট বা অসুবিধা অনুভব করে না। এইরূপে যখন উহারা প্রকাণ্ড আকারে পবিণত হয়, তখন অক্ষিপুটদ্বয়কে উল্টাইলে, অক্ষিকোটরপ্রাচীর এবং অক্ষিগোলক এতদুভয়েব মধ্যে, কোন না কোন স্থান হইতে সিষ্টকে সম্বর্দ্ধিত হইতে প্রায়ই দেখা গিয়া থাকে। উহা প্রায় ঈষৎ নীলিম হয়। আর উহাতে তরল পদার্থ থাকিলে তাহার গতি (Fluctuation) অনুভূত হইয়া থাকে। ফলিকিউলার্ (Follicular) সিষ্টে কখনং বসাবৎ একপ্রকার পদার্থ থাকে; সুতরাং তখন উহাতে কোনরূপ গতি অনুভূত হইতে পারে না। ইহাতে রোগ নির্ণয় পক্ষে সন্দেহ হইলে,

* Compte-Rendu of the congre's d' Ophthalmolgie, 1867.

আমরা এক্স্‌প্লোরিং নিড্‌ল্‌ বা এবণি সূচিকা ব্যবহার করিয়া অনায়াসেই রোগের প্রকৃতি নির্ণয় করিয়া থাকি।

চিকিৎসা।—— এইরূপ স্থলের চিকিৎসা, প্রথমতঃ দেখিলে যত সহজ বিবেচনা হয়, উহা তত সহজ নহে। সিষ্টকে বিদ্ধ করিয়া তন্মধ্যস্থ পদার্থ বহির্গত করা যুক্তিযুক্ত নহে। কারণ আমরা নিশ্চিত জানি যে, এইরূপ করিলে উহার অন্তরস্থ পদার্থ সকল পুনর্ব্বার উৎপন্ন হইবে। যদি সিষ্ট বৃহদাকারের হয়, তবে উহাতে রক্তস্রাব হইয়া পূয়োৎপত্তি হইতে পারে; এবং তাহা হইলে বোধ হয়, মস্তিষ্ক পর্য্যন্ত উহার উত্তেজন প্রসারিত হইয়া সাংঘাতিক ফলোৎপত্তি করিতে পারে। যাহা হউক এইরূপ সিষ্ট্‌ সকল সাধ্যমত সমূলে উৎপাটন করিয়া বহির্গত করাই শ্রেয়ঃ। আর যদি ঐ সকল সিষ্ট অক্ষিকোটরে বহুদূর পর্য্যন্ত আবদ্ধ থাকে, এবং উহাদিগকে সমূলোৎপাটিত করিতে যদি নিতান্ত অসমর্থ হওয়া যায়, তবে তাহাদিগের যত অধিক অংশ উত্তোলিত করা যাইতে পারে, ততই উত্তম। এইরূপ করিতে গেলে, অক্ষিপুটের ভিতর দিয়া কিঞ্চিৎ বিস্তৃতরূপে ভিন্ন করা আবশ্যক। কারণ এই অক্ষিপুটের পশ্চাৎ প্রদেশেই উক্ত টিউমার উন্নতভাবে অবস্থান করে। বাস্তবিক অক্ষিপুট মধ্য দিয়া আয়তভাবে ভিন্ন করিয়া উক্ত টিউমারকে স্পষ্ট দৃষ্টিগোচর করতঃ, একেবারে নিষ্কাশিত করিয়া লইতে হয়। অথবা প্রয়োজন হইলে, বাহ্যক্যান্‌থ্যাস্‌ (Outer Canthus) বিদারণ করতঃ অক্ষিপুট উল্টাইয়া পূর্ব্বমত কার্য্য করা যাইতে পারে।

হাইডেটিড্‌ সিষ্ট্‌। (Hydatid cyst)—আমরা কখন কখন অক্ষিগোলকে হাইডেটিড্‌ সিষ্ট্‌ সকল দেখিতে পাই। উহারা আকারে সমধিক বর্দ্ধিত হইলে, অক্ষিগোলক কাজে কাজে নিকটে বা দূরে স্থানভ্রষ্ট হইয়া থাকে। যদি অক্ষিগোলক এবং অক্ষিকোটরপ্রাচীর, এতদুভয়ের মধ্যস্থানে টিউমার সমুদিত হয়, তবে উহা স্পর্শ করিলে কঠিন স্থিতিস্থাপক শোফ্‌ বলিয়া অনুভূত হইয়া থাকে। উহাতে সাধারণতঃ অস্পষ্ট পুয়গতি অনুভূত হয়। অপিচ, এইরূপ রোগ দেখিলে দীর্ঘকালস্থায়ী স্ফোটক বলিয়া প্রায়ই ভ্রম হইয়া থাকে; সুতরাং গ্রুভ্‌ড নিডল্‌ দ্বারা প্রথমে এই বিষয়ের

মীমাংসা করা বিধেয়। এই টিউমার-হাইডেটিড্ সিষ্ট্ হইলে, উক্ত বিদ্ধ স্থান দিয়া বর্ণ বিহীন স্বচ্ছ তরল পদার্থ বিনিঃসৃত হইয়া থাকে।

এইরূপ স্থলে সিষ্টকে শস্ত্র দ্বারা বিদারণ করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়; এবং সাধ্যায়ত্ত হইলে, তন্মধ্যস্থ ইকিনোকোকাই নামক কৃমি (Echinococci) পূর্ণ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ঐ সকল থলী নিষ্কাশিত করিয়া লওয়াও আবশ্যক। এইরূপ করা হইলে, তজ্জনিত গহ্বরও সত্বরে সংযুক্ত এবং মাংস পূর্ণ হইয়া আরোগ্য হয়।*

স্যাঙ্গুইনস্ সিষ্ট্ (Sanguineous cyst) বা শোণিতময় সিষ্ট অক্ষিকোটরে কখন কখন দেখিতে পাওয়া যায়। উহা স্বভাবতঃই উৎপন্ন হইয়া থাকে, অথবা কোনরূপ আঘাত লাগিলে উৎপন্ন হইতে পারে। এমনি সূচিকা প্রবিষ্ট না করিয়া, আমরা এরূপ সিষ্ট এবং সাধারণতঃ যে সকল সিষ্ট দেখিতে পাই, এতদুভয়ের কোনরূপ বিভিন্নতা নির্ণয় করিতে পারি না।

এইরূপ টিউমার সকলের লক্ষণ ও হ্রাস বৃদ্ধি অন্যান্য সিষ্টিক্ গ্রোথের লক্ষণ ও গতি হইতে কোন অংশেই প্রভিন্ন নহে। ইহারাও আকারে সম্বর্দ্ধিত হইলে, অক্ষিগোলককে অল্প বা অধিক পরিমাণে স্থানান্তরিত করিয়া, দ্বিদৃষ্টি সমুৎপাদিত করে।

এইরূপ টিউমারকে কেবল বিদ্ধ করিয়া, তন্মধ্যস্থ পদার্থ নিঃসৃত করিলে কদাচিৎ তাহা আরোগ্য হয়। কারণ এইরূপ করিলে, উহা পুনরায় যন্ত্রণাদায়ক হইতে পারে; সুতরাং সাধ্যমত সমুদায় সিষ্ট উৎপাটন করা যুক্তিযুক্ত।†

রেকরেন্ট্ ফাইব্রইড্ টিউমার্ (Recurrent Fibroid Tumours) বা পৌনঃপুনিক সূত্রার্ব্বুদ সকল অক্ষিকোটরে সচরাচর উৎপন্ন হইয়া থাকে। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব স্বকীয় অভিজ্ঞতানুসারে এইরূপ বলেন যে, এইরূপ টিউমার সকল অপাঙ্গদেশের নির্ম্মাণাভ্যন্তরভাগে

---

* A Treatise on the Principles and Practice of Ophthalmic Medicine and Surgery," by T. W. Jones, 3rd edit. p. 738. Also *Australian Medical Journal*, No. 10, p. 253: case reported by Mr. p. H. MacGillivray.

† Poland on Protrusion of the Eye: *Ophthalmic Hospital Reports* vol. i. p. 24.

পেরিয়ষ্টিয়ম্ হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই ফাইব্রোইড্ টিউমার সকল উৎপন্ন হইতে অনেকদিন লাগে; এবং প্রথমতঃ উঁহাকে নোড্ বা উচ্চ গুটিকা (Node) বলিয়া ভ্রম হয়। কিন্তু আমরা এই স্থলের বেদনা বা উপদংশ পীড়ার কোন লক্ষণের অনুপস্থিতে উহা পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগ হইতে উৎপন্ন হইয়াছে, এমত প্রতীতি কখনই হইতে পারে না। অপরন্তু এই বুঁটিকাকার বর্দ্ধনের (Nodulated growth) উপরিভাগ কোমল বলিয়া, উহাকে অস্থিময় টিউমার্ বলিয়া কখনই ভ্রম হইতে পারে না। যাহা হউক, এই ফাইব্রোইড্ টিউমার্ যেমন বর্দ্ধিত হইতে থাকে, তৎসহ অক্ষিগোলকের স্থানচ্যুতি ঘটেও; তাহাতে দ্বিদৃষ্টি সমুৎপাদিত হয়।

এই সকল টিউমার যদিও বাহ্য-পরীক্ষায় ক্ষুদ্র ও কঠিন গ্রন্থি-স্তূপ বলিয়া বোধ হয়; তথাপি উহাবা সদা সর্ব্বদা অক্ষিকোটরপ্রাচীরে বিস্তৃতভাবে সংশ্লিষ্ট থাকে। কোনরূপ ব্যাঘাত না দিলে উহারা ক্রমশঃ পরিবর্দ্ধিত হয়; সময়ে উহাদের আবরক চর্ম্ম ক্ষত বিশিষ্ট এবং তাহাতে একটি পরিদৃশ্যমান ক্ষত হইয়া উঠে, ও ক্রমশঃই রোগীর স্বাস্থ্যের হ্রাস হইতে থাকে।* এই হেতু এস্থলে উত্তমরূপ রোগ নির্ণয় হইলে ও নিকটস্থ গ্রন্থির বিবৃদ্ধি এবং ক্যাকেক্সিয়া বা শারিরীক দুর্ব্বলতা প্রভৃতির অভাব দেখিয়া ক্যান্সার্ রোগের অভাব জানা গেলে ভবিষ্যতে আর অধিক অনিষ্ট না হয় তজ্জন্য শস্ত্রক্রিয়া করিতে বিলম্ব করা উচিত নহে।

চিকিৎসা।——এই সকল অস্বাভাবিক বৃদ্ধি (Morbid growth) একবারে কর্ত্তন করিয়া নিষ্কাশন করা অত্যাবশ্যক। কারণ, এবম্বিধ রোগে উহাই একমাত্র উপায়। এস্থলে ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেব বারম্বার দৃঢ়রূপে বলেন যে, টিউমার এবং তৎপার্শ্বস্থ পীড়িত অস্থি পর্য্যন্তও স্থানান্তরিত করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। টিউমারের আকার অবস্থানুসারে বিদারণ করিতে হয়। কিন্তু অনেকস্থলে অক্ষিগোলক রক্ষা করিতে গিয়া, টিউমারের এক ক্ষুদ্রাংশ অবশিষ্ট রাখা অপেক্ষা, অক্ষিগোলকের আশা পরিত্যাগ করিয়া, উক্ত টিউমারকে সম্পূর্ণ নিষ্কাশিত করা বিধেয়। অনেক সময়ে আমা-

---

* *Medical Times and Gazette*, Remarks by Haynes Walton p. 87, Jan. 1865.

দিগকে অক্ষিকোটরপ্রাচীরের অল্প বা অধিকতর অংশ পর্য্যন্তও বিনাশ করিতে হয়। টিউমার অসংলগ্নীভূত থাকিলে, বন্ধুর পীড়িত অস্থি অনায়াসেই নির্ণয় করিতে পারা যায়; এবং তাহা হইলে উক্ত অনাবৃত অস্থি লেখন করিতে সমর্থ হওয়া যায়। যদি ললাটাস্থির অক্ষিকোটর ধার পীড়িত না হয়, তবে এইরূপ প্রক্রিয়ায় কোনরূপ বিপদ বা অসুবিধা উপস্থিত হইতে পারে না। অপিচ এইরূপ হইলে, উক্ত অস্থি পর্য্যন্ত ছেদন করা বিধেয়। তিনি এইরূপে একাধিক স্থলে, ললাটাস্থির অক্ষিকোটরাধারের কোন অংশ, এবং অক্ষিকোটারের কোন অংশ, এবং অক্ষিকোটরের নিম্নাভ্যন্তর প্রাচীরের সমুদয় সম্মুখভাগ ছেদন করায়, অনেক উপকার হইতে দেখিয়াছেন। আর তাঁহার এরূপ স্মরণ হয় না যে, তিনি কোন স্থলে আবশ্যকাতিরিক্ত প্রক্রিয়াবলম্বন করিয়া, পরিশেষে মন্দতম ফলোৎপত্তি দেখিয়া, অতিশয় অনুতাপ করিয়াছেন। কিন্তু কোন কোন স্থলে অক্ষিগোলক এবং অক্ষিকোটরপ্রাচীর রক্ষা করিতে ব্যতিব্যস্ত হইয়া উক্ত টিউমারকে সমুৎপাটিত না করায়, উহা পুনঃ পুনঃ উৎপন্ন হইয়াছিল।

যদি অস্থি সকল স্পষ্টরূপে পীড়িত না হইয়া থাকে, তবে তিনি কোনরূপ চিকিৎসা না করিয়া, উহাদিগকে তদবস্থায় স্থায়ী রাখিতে পরামর্শ দেন। যে কোন অবস্থায় হউক না কেন, ক্লোরাইড্ অব্ জিংক্ পেষ্ট্ শস্ত্র-ক্রিয়ার অব্যবহিত পরেই, শস্ত্রক্ষত স্থানে সংলগ্ন করিলে বিশেষ উপকার দর্শে। তাহার পর ঐ অংশে কার্বলিক্ য়্যাসিড্-অইল্, (২০ অংশ অলিভ্ অইলে ১ একাংশ কার্বলিক্ য়্যাসিড্) সমার্দ্র একখানি লিণ্ট প্রদান করতঃ ক্ষত আবৃত করিয়া রাখিতে হয়।

যদি টিউমার পুনরাবির্ভূত হয়, তবে উহাকে সমূলে ছেদন করিয়া নিষ্কাশন করিবার চেষ্টা করা অত্যন্ত আবশ্যক। উহা একবিধ স্থানীয় রোগ; সুতরাং শেষ পর্য্যন্ত যতবার আগমন করিবে, ততবার কর্ত্তন করিয়া, পরিশেষে উহাকে একেবারে সমূলোৎপাটিত করাই সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। অধিক মাত্রায় আইওডাইড্ অব্ পোট্যাসিয়ম্ উক্ত চিকিৎসার সঙ্গে সঙ্গে সেবন করান উচিত।*

* J. Paget: Holmes's "Surgery," vol. i. p. 505.

স্কিরস্ রোগ (Scirrhus)——উক্ত সাহেব স্বকীয় অভিজ্ঞতানুস্বারে এরূপ বলেন যে, অক্ষিকোটরের স্কিরস্ রোগ ক্যান্সারস্ টিউমার রোগের মধ্যে সচরাচর অধিকতর দেখিতে পাওয়া যায়। প্রতি বৎসর কলিকাতা চিকিৎসালয়ে আমরা নূতন নূতন এবম্বিধ রোগাক্রান্ত ব্যক্তি দেখিতে পাই। কিন্তু অন্যবিধ ক্যান্সারস্ রোগ সচরাচর প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায় না।

রোগ নির্ণয়।——অক্ষিকোটরীয় স্কিরস্ টিউমার এবং রেকরেন্ট্ ফাইব্রোইড্ টিউমার এতদুভয় রোগের প্রথমাবস্থাতে, উহাদের পরস্পর প্রভেদ নিরূপণ করা অতিশয় দুরূহ। উক্ত সাহেব বলেন যে, তিনি অক্ষিকোটরের অস্থিময় প্রাচীরে কঠিন এবং সচরাচর যন্ত্রণাবিরহিত প্রকৃত স্কিরস্ টিউমার গ্রন্থিকবৎ উৎপন্ন হইতে দেখিয়াছেন। যাহা হউক উহা সাধারণ ঘটনা নহে। এই স্কিরস্ রোগ শরীরের অন্যান্য অংশে উৎপন্ন হইলে, যেরূপ তৎস্থানবর্ত্তী বিধান সমূহে বিস্তৃত হয়, এবং উহাতে পীড়ন করিলে উহা যেমন উক্ত বিধান সমূহের সহিত চঞ্চালিত হয়, ও রোগারম্ভ হইতেই যেরূপ উহাতে অল্প যন্ত্রণা বোধ হয়, অক্ষিকোটরে উৎপন্ন হইলেও তদ্রূপ হইয়া থাকে। এই টিউমার অক্ষিকোটরে শীঘ্র ২ পরিবর্দ্ধিত হইয়া থাকে। এমন কি, কতিপয় মাসের মধ্যেই উহার আকৃতি পরিবর্দ্ধন সুস্পষ্ট অনুভূত হয়। এই অবস্থায় উহাকে পীড়ন করিলে যন্ত্রণা প্রদান করে। অক্ষিকোটরের চর্ম্ম পীড়িত, এবং ক্ষত সমুপস্থিত হইলে, ইহাকে স্কিরস্ রোগ বলিতে সন্দেহ থাকে না। এক্ষণে উক্ত টিউমারের উপবিভাগ হইতে অল্প রস ছুরিকা দ্বারা চাঁচিয়া অণুবীক্ষণ দ্বারা দেখিলে, এই ভয়ানক স্কিরস্ রোগের প্রকৃতিজ ভীষণাকার কোষ সকল দেখিতে পাওয়া যায়। গ্রীবাগ্রন্থি সকল পরিবর্দ্ধিত হয়; এবং শারীরিক অসুস্থতা দ্রুতপদে বৃদ্ধি হইয়া, পরিশেষে রোগীর জীবন নাশ করে।

চিকিৎসা।——এই রোগের প্রথমাবস্থায় শস্ত্র ব্যবহার করা কোনমতেই পরামর্শ সিদ্ধ নহে। কারণ, আমার বোধ হয় যে, শস্ত্র ব্যবহারে পীড়ার সমধিক বৃদ্ধির সম্ভাবনা আছে; এবং উহাকে এই অবস্থায় উন্মূলিত করিয়া রোগোপশম করাও অতি অল্প সম্ভাবনা থাকে। একস্থলে ডাক্তার

ম্যাক্‌নামারা সাহেব অক্ষিকোটরের স্কিরস্ রোগের প্রথমাবস্থায়, উহার অন্তর্বর্ত্তী সমুদায় নির্ম্মাণ এমত কর্ত্তন করিয়া লইয়াছিলেন যে, কেবল অনাবৃত অক্ষিকোটর প্রাচীর ছিল। কিন্তু ইহাতে রোগ উপশমিত না হইয়া সত্বর দ্রুতবেগে পুনরাবির্ভূত হইয়াছিল। এতন্নিমিত্ত তাঁহার বিবেচনায় রোগীকে অচিকিৎসিতভাবে রাখাই সর্ব্বতোভাবে বিধেয। অন্যতর উপায় অর্থাৎ শস্ত্র ব্যবহার অতিশয় ভয়ঙ্কর। কিন্তু তত্রাপি রোগীর যাতনা অপনয়ন করিতে চেষ্টা না করাও অতিশয কষ্টকর হইয়া থাকে। মিষ্টার লসন্ সাহেব অক্ষিকোটরীয় একটি স্কিরস্ রোগ বর্ণনা করিয়াছেন। উহাতে তিনি অক্ষিগোলক এবং টিউমারকে অক্ষিকোটরপ্রাচীর পর্য্যন্ত একেবারে সমূলকর্ত্তিত করিয়া, তদুপরি য়্যাক্‌চুয়াল্ কটারি (Actual cautery) অর্থাৎ উত্তপ্ত লৌহ দ্বারা দগ্ধ করিয়া দিয়াছিলেন। তৎপরে ক্লোরাইড্ অব্ জিঙ্ক্ পেষ্ট্ আবৃত লিণ্ট্ দ্বারা উক্ত ক্ষতস্থান পরিপূর্ণ করা হইয়াছিল। ইহাতে রোগীর পীড়া উত্তমরূপ আরোগ্য হইতে লাগিল, একাদশ মাস পর্য্যন্ত রোগের পুনরাগমনের কোন চিহ্নই অনুভূত হয নাই। যদিও এইরূপ স্থল দেখিয়া ছুরিকা ব্যবহারে অনেক আশ্বস্ত হওয়া যায়, কিন্তু আমি তদ্ব্যবহারে কোনমতেই পরামর্শ দিতে পারি না।

সম্প্রতি ১৮৬৭ খৃঃ অব্দে [Case No. 590] উক্ত ডাক্তার এইরূপ একটি রোগ চিকিৎসা করিয়াছিলেন। রামগোপাল বসু নামক সপ্ততিবর্ষ বয়স্ক এক বৃদ্ধ, ঊর্দ্ধাক্ষিপুটের বহির্দ্দেশের উপবিভাগে অস্বাস্থ্যজনক পদার্থের উৎপত্তি (Morbid growth) দ্বারা একবৎসরকাল পর্য্যন্ত কষ্টভোগ করিতেছিলেন। প্রথমে তাহার চক্ষু ঈষৎ রঞ্জিত হইয়াছিল, চক্ষু হইতে অধিকতর অশ্রু বহির্গত হইত, এবং পীড়িত স্থান যন্ত্রণাদায়ক ছিল। কিন্তু এই ব্যক্তি টিউমারের বর্ত্তমান বর্দ্ধিত অবস্থার পূর্ব্বে, উপর্য্যুক্ত রোগ লক্ষণ বিষয়ে কিঞ্চিন্মাত্র অনুধাবন করে নাই। উক্ত রোগীর একটি ফটোগ্রাফ্ বা মূর্ত্তি তুলিয়া লইয়াছিলেন; তাহা আদর্শ করিয়া ৮ম, প্রতিকৃতি প্রস্তুত করা হইয়াছে।

এই ব্যক্তি চিকিৎসালয়ে আসিলে, ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব দেখিলেন যে, অক্ষিকোটরের বহিঃস্থ ঊর্দ্ধাংশে, একটি টিউমার স্পষ্টরূপ অনুভূত হয়। উহার দৃষ্টির কোনরূপ হানি হয় নাই। অক্ষিপুটের চর্ম্মও পীড়িত

হয় নাই, এবং টিউমারটি থলিস্থার্ব্বুদের (Encysted tumour) ন্যায় বোধ হওয়ায়, উহাতে শস্ত্র করিতে তাহার সম্পূর্ণ মানস হইল। অপিচ ঐ ব্যক্তি উক্ত স্থানে কোনরূপ যন্ত্রণাবোধ করিত না, এবং তাহার গ্রীবাদেশের গ্রন্থি-

৮ম, প্রতিকৃতি।



সকলও বৃহত্তর ছিল না। যাহা হউক এই সকল দেখিয়া, উহাকে ইন্‌সিষ্টেড্ বা থলীমধ্যস্থ টিউমার বলিয়া বিশেষরূপ বোধ করতঃ, তিনি ঐ স্থানে শস্ত্র করিতে দৃঢ় প্রযত্ন হইয়াছিলেন।

রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীনে আনিয়া, কর্ণে দিবার ক্যানথস্ (Outer canthus) ভিন্ন করতঃ, সেই চক্ষুর ঊর্দ্ধাক্ষিপুট উল্টাইয়া দিলেন। পরে উক্ত অস্বাস্থ্যজনক পদার্থ অনাবৃত করিয়া দেখিলেন যে, উহা স্কিরস রোগ।

উল্লিখিত স্তূপাকার অর্ব্বুদটি ললাটাস্থির অক্ষিকোটর ধারে সংলগ্ন থাকিয়া, গভীররূপে অক্ষিকোটরে বিস্তৃত হইয়াছিল। উহার সমুদায় অংশ ছেদন করিয়া লইয়া, পরে অক্ষিগোলক রক্ষাশয়ে, তৎস্থানে ক্লোরাইড্ অব্ জিঙ্ক পেষ্ট্ প্রদান করা হইয়াছিল।

শস্ত্র করিবার পরদিবসে কর্ণিয়া বোধ হয় ক্লোরাইড্ অব্ জিঙ্কের গুণেই, অস্বচ্ছ হইয়াছিল। উহা গলিত ও পতিত হইয়া, পরিশেষে চক্ষুঃ ধ্বংশ করিয়াছিল।

এস্থলে এই রোগীর পরবর্ত্তী চিকিৎসা প্রণালী বর্ণনা করা অনাবশ্যক বিবেচনা হইতেছে। ক্ষত ক্রমশই আরোগ্যোন্মুখ হইতে লাগিল। কিন্তু ইহা সম্পূর্ণ আরোগ্য হইবার পূর্ব্বে, গ্রীবাদেশের গ্রন্থি সকল বৃহত্তর হইয়া উঠিয়াছিল। ইহাতে নিঃসন্দেহ বোধ হইয়াছিল যে, এই বৃদ্ধ ব্যক্তি সত্বরই মৃত্যুগ্রাসে পতিত হইবে। কিন্তু দুর্ভাগ্যক্রমে সে কলিকাতা হইতে মৃত্যুর পূর্ব্বে স্থানান্তরিত হওয়ায়, এই রোগের শেষ ঘটনা এস্থলে সবিশেষ বর্ণিত হইল না।

মেডালারি ক্যান্সার (Medullery Cancer) যখন ইহা চক্ষু হইতে বহির্গত হইতে থাকে, তখন ইহার উন্নত বিবৃত আকার (Fungoid growth) দ্বারাও ইহার কোমলত্ব দ্বারা ইহাকে জানা যায়। ইহা শীঘ্র২ বৃদ্ধি পায় এবং সমস্ত চক্ষে বিস্তৃত হয়। চক্ষে যত প্রকার অর্ব্বুদ জন্মে তাহাদের মধ্যে ইহাই চিকিৎসার সর্ব্বাপেক্ষা অসাধ্য।

ইপিথিলীয়্যাল্ ক্যান্সার্ (Epithelial cancer)।—আমরা অক্ষিকোটরে কদাচিৎ ইপিথিলীয়্যাল্ ক্যান্সার রোগ দেখিতে পাই। মিষ্টার্ হল্ক্ সাহেব * এই বিষয়ের এক মহৎ উদাহরণ বিজ্ঞাপন করাইয়াছেন। গণ্ডদেশে মুষ্টিকাঘাত লাগিয়া এই রোগ আবির্ভূত হইয়াছিল, ও সেই ঘটনার ছয় সপ্তাহ পরে, রোগীর স্ফোটক হইয়াছে এরূপ প্রতিভাত হইয়াছিল। আর এরূপও বোধ হইয়াছিল যে, ঐ স্ফোটকের মুখ, নাসাপার্শ্বস্থ অপাঙ্গের নিম্নভাগে হইয়াছে। এই হেতু শোকযুক্ত প্রদেশ অনেকবার বিদ্ধ করাতে, তথা হইতে পূয নির্গত না হইয়া, কোমল লালাবৎ তরল পদার্থ নির্গত হইয়াছিল। অপিচ এই টিউমার একদিকে অক্ষি-গোলককে পীড়ন এবং অন্যদিকে নাসারন্ধ্রকে সংকীর্ণ করিয়া, ক্রমশঃই বর্দ্ধিত হইতেছিল। উহার আবরক চর্ম্ম পাংশুরক্তবর্ণ হইয়াছিল; এবং উহাতে সাগুদানার ন্যায় ক্ষুদ্র ২ চিহ্ন সকল প্রকাশি পাইয়াছিল।

কিছুকাল পরে ক্যান্সরের পরিধিভাগে একটি ক্ষত উৎপন্ন হইয়াছিল।

* *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. v p. 336.

উহা হইতে সহজেই রক্তস্রাব হইত এবং তাহাতেই রোগীর কিঞ্চিৎ কষ্টাবসান হইয়াছিল। কিন্তু উক্ত অস্বাস্থ্যজনক পদার্থ ক্রমশঃ আকারে পুনর্বদ্ধিত হওয়াতে, পুনরায় সমধিক যন্ত্রণা উদ্রিক্ত হইল।

মিষ্টার হল্‌ক্ সাহেব এই অস্বাস্থ্যজনক স্তূপের কিঞ্চিৎ অবশিষ্ট না রাখিয়া, উহাকে একেবারেই সমূল অপনয়ন করিলেন। উহা অধঃ দিকে (Antrum) ও পশ্চাৎদিকে বাম নাসারন্ধ্র পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া, পোষ্টেরিয়র নেরিস্ বা পশ্চাদ্বর্ত্তী নাসারন্ধ্রের অভ্যন্তর দিয়া, ফেরিঙ্গসের বা গলদেশের ভিতর প্রধাবিত হইয়াছিল; সুতরাং ম্যাক্‌জিলিযারী অস্থির অধিকাংশ বাম নাসিকাস্থি এবং এথ্‌মইড্ অস্থির পার্শ্ব-স্তূপ (Lateral mass) পর্য্যন্তও অপনয়ন করিতে হইয়াছিল।

এই টিউমারে ইপিথিলীয়্যাল্ রোগের সমুদায় প্রকৃতি বর্ত্তমান থাকিতে দেখা গিয়াছিল।

সান্নিধ্যবর্ত্তী লিম্‌ফ্যাটিক্ (Lymphatics) বা লসীকা গ্রন্থি সকল আক্রান্ত হইয়াছিল; এবং গ্রীবাদেশেও রোগের পুনরাবির্ভাব হইল। পরিশেষে শস্ত্র করিবার আট মাস পরে রোগীর মৃত্যু হইযাছিল।

মেলানোসিস্ (Melanosis)।——মেলানোসিস্ (মেলানোইড্ ক্যানসার্) কখন ২ অক্ষিকোটরাভ্যন্তরস্থ পদার্থ সকল আক্রমণ করে। ডাক্তার মেকেঞ্জি সাহেব এই রোগের দুইটি মাত্র উদাহরণ বর্ণনা করিয়াছেন। এই মেলানোইড্ ক্যানসার্, শরীরের অপরাপর অঙ্গ প্রত্যঙ্গে আবির্ভূত হইলে, যেরূপ গতিমুখে নিকটস্থ অস্থি ও অন্যান্য নির্ম্মাণ সকলকে পীড়িত করতঃ প্রকাশিত হয়, অক্ষিকোটর সম্বন্ধে ও তদ্রূপ।*

উল্লিখিত স্কিরস্ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির কিছুদিন পরে মেলানোটিক্ টিউমারাক্রান্ত দ্বাত্রিংশবর্ষ বয়স্ক শেখ দালু নামক এক ব্যক্তি (নং ৫৬৮, খৃঃ ১৮৬৭ অব্দ) অক্ষিচিকিৎসালয়ে চিকিৎসার নিমিত্ত আসিয়াছিল। এই ব্যক্তি বলিল যে, প্রায় চারি বৎসর বিগত হইল, তাহার বাম চক্ষুর নাসাপাঙ্গদেশের নিকট হইতে, একটী টিউমার নিষ্কাশিত করা হইয়াছিল। যাহা হউক, সেইটী

* Case in point by Mr. J. Z. Laurence: *Transactions of pathological Society of London*, vol. xvi p. 235.

কিরূপ প্রকারে রহিল তাহার কোন অনুসন্ধান পাওয়া যায় নাই। শস্ত্র করিবার এক বৎসর পরে, আর একটি টিউমার ঠিক সেই স্থানে উৎপন্ন হইয়াছিল। উহাতে তাহার কোনরূপ কষ্ট ছিল না, তবে ঐ স্থানে অল্প কণ্ডু মাত্র ছিল।

৯ম, প্রতিকৃতি।



এক্ষণে অক্ষিগোলকের নাসাপাঙ্গদিকে একটি অস্বাস্থ্যজনক পদার্থের উদ্বর্দ্ধন দৃষ্ট হইল (৯ম, প্রতিকৃতি)। বাস্তবিক উহা গভীররূপে সংলগ্ন হইয়াছিল। উহা স্পর্শ করিলে কঠিন বোধ হইত; কিন্তু উহার চর্ম্ম আক্রান্ত হইয়াছিল না। বামাক্ষিগোলক প্রকৃত স্থান হইতে কর্ণেরদিকে এক ইঞ্চি পরিমাণ সম্মুখক্ষিপ্ত ও বহিঃক্ষিপ্ত হইয়াছিল। কিন্তু তত্রাচ উহা দক্ষিণ চক্ষুর সহিত তুল্যরূপ কার্য্য করিত। নিকটস্থ বা দূরস্থ কোন পদার্থ দর্শন করিতে তাহার দৃষ্টির কোনরূপ হানি হয় নাই। রোগীর শারীরিক অস্বাস্থ্যের লক্ষণ বা গ্রীবা-গ্রন্থির বৃদ্ধি দেখিতে পাওয়া যায় নাই।

১৫ই অক্টোবরে ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব যাহাতে অক্ষিগোলক রক্ষিত, অথবা উক্ত অস্বাস্থ্যজনক পদার্থ বহিষ্কৃত হয়, এরূপ শস্ত্র করিতে প্রবৃত্ত হইয়াছিলেন।

চর্ম্মের মধ্য দিয়া আবশ্যকমত ভেদ ও টিউমারকে অনাবৃত করিয়া দেখিলেন যে উহা অক্ষিকোটরপ্রাচীরের অধঃ ও নাসিকারদিকে সংলগ্ন আছে; তন্নিমিত্ত কেবল অস্বাস্থ্যজনক পদার্থ বহিষ্কৃত না করিয়া, ঐ সঙ্গে ২ তৎসংলগ্ন অস্থির ও কিয়দংশ অপনয়ন করিলেন। পরিশেষে এই ক্ষতস্থানে ক্লোরাইড্ অব্ জিংক্ পেষ্ট্ সমার্দ্র লিণ্ট বা বস্ত্রখণ্ড প্রদান করা হইল।

এই পেষ্ট্ প্রদানের পরক্ষণেই কর্ণিয়া অস্বচ্ছ হইয়া বিনষ্ট হইল; এবং অক্ষিগোলক কোটরে মগ্ন হইল। কিন্তু তদ্ব্যতীত রোগের বিলক্ষণ প্রত্যুপকার হইল। ক্ষত পূর্ণ হইয়া উহাতে চর্ম্ম উৎপন্ন হইল। ইহার চারি বৎসর পরে, এই ব্যক্তি আবার চিকিৎসালয়ে আসিয়াছিল। এবার উহার আদিম টিউমারের পার্শ্ব হইতে একটী ক্ষুদ্র রক্ত-স্রাবী ফঙ্গোইড্ স্তূপ (Fungoid-mass) উদ্ভূত, এবং গ্রীবা-গ্রন্থি সকল বৃদ্ধি হইয়াছিল। কিন্তু রোগী অন্যান্য বিষয়ে সুস্থ ছিল, টিউমার নিষ্কাশিত করাতে পীড়ার বৃদ্ধি স্থগিত হইল বটে কিন্তু উহাতে পীড়া আরোগ্য হইল না।

নিষ্কাশিত করিবার সময় টিউমার সম্পূর্ণ কৃষ্ণবর্ণ স্তূপ ও একটী ক্ষুদ্র কমলালেবুর আকার বিশিষ্ট বোধ হইয়াছিল। কোন প্রকার যন্ত্রের সাহায্য ব্যতিরেকে, এবং অণুবীক্ষণ দ্বারা ও দেখা গেল যে, উহাতে মেলানোইড্ ক্যান্সার্ রোগের সমুদায় প্রকৃতি বর্ত্তমান আছে।

চাক্ষুষ ধমনীর য়্যানিউরিজম্ (Aneurism of the Ophthalmic Artery)।——এরূপ কথিত আছে যে, কখন ২ চাক্ষুষ ধমনীতে য়্যানিউরিজম্ উৎপন্ন হইতে দেখা গিয়া থাকে।* এইরূপ টিউমার সত্বর পরিপুষ্ট হইয়া, অক্ষিগোলককে কিয়ৎ পরিমাণে বহিঃক্ষিপ্ত করে। ভ্রূর উর্দ্ধদেশে, ষ্টেথস্কোপ দ্বারা দেখিলে এই রোগের সহিত য়্যানিউরিজম্যাল্ ব্রুইট্ (শব্দ) স্পষ্টরূপ শুনিতে পাওয়া যায় এবং তাহা ধপ্ধপ্ করে; এবং তথায় অন্যরূপ পীড়ার কোন লক্ষণ প্রকাশমান না থাকিলে, এই সকল লক্ষণ দ্বারাই যথেষ্ট রূপে রোগ নির্ণয় হইয়া থাকে। অতঃপর

---

* "Lectures on the Operative Surgery of the Eye," by G. J. Guthrie, p. 169, London, 1827. ইহাতে উভয়পার্শ্বস্থ চাক্ষুষ ধমনীর প্রকৃত ও সাংঘাতিক য়্যানিউরিজম্ রোগে শস্ত্র ব্যবহার করিতে পারা যায় নাই বলিয়া লিখিত আছে।

দেখিতে পাওয়া যাইবে যে, এইরূপ পীড়ায় প্রকৃত স্থান নির্ণয় অতিশয় দুরূহ।

পূর্ব্বোক্তরূপ অবস্থিত য়্যানিউরিজম্ রোগ সুচারুরূপে আরোগ্য করিবার আশয়ে, কেবল নিম্নলিখিত ব্যবস্থা অবলম্বন করা যাইতে পারে। যে দিকে রোগ উৎপন্ন হইয়াছে, সেই দিকের কমন্ ক্যারোটিড্ বা আর্টারি লিগেচার দ্বারা সংবেষ্টন করিয়া বন্ধন করিতে হয়। এই আর্টারিতে শস্ত্র করাও অতিশয় ভয়ঙ্কর। যদি ক্যারোটিড্ আর্টারিতে পীড়ন করিলে, অক্ষিগোলকের ধপ্ধপায়মান গতি মন্দীভূত হয়, তবেই তথায় আবশ্যকমত শস্ত্র প্রক্রিয়াদি অবলম্বন করিতে হয়।*

ডিফিউজড্ য়্যানিউরিসম্ (Diffused Aneurism)—— এইরূপ জানাগিয়াছে যে, কোনবিধ আঘাত লাগিলে অথবা কোন রক্তবহা-নাড়ীর পীড়া হইলে ও তাহারা বিদীর্ণ হইলে কৌষিক-বিধানে রক্ত প্রবেশ ইত্যাদি কারণে, স্বল্প এক্সঅফথ্যাল্‌মস্ উৎপন্ন হইয়া, অক্ষিকোটরের সেলুলার টিসুতে ডিফিউজড্ বা বিস্তারিত য়্যানিউরিজম্ রোগ সমুৎপাদিত হইতে পারে। ইহাতে অক্ষিগোলক যেমন বহির্গত হইতে থাকে, তেমনি কনজংটাইভার রক্তবহা-নাড়ী সকল রক্তপূর্ণ ও স্ফীত হয়, এবং অক্ষিগোলকের চলত্ব খর্ব্ব হইয়া আইসে। অক্ষিগোলক ধপ্ধপ্ করে, এবং ধমনীর সান্নিধ্যবর্ত্তী স্থানে আর্টেরিয়্যাল্ সুফল্ (Arterial Souffle) বাঁসো২ একপ্রকার শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়। কিন্তু যদি অক্ষিগোলককে উহার কোটরাভিমুখে সহজে পীড়ন দেওয়া যায়, তবে তদ্বিধ শব্দ আর শুনিতে পাওয়া যায় না; এবং ঐ সময়ে অক্ষিগোলকের ধপ্ধপায়মান ভাবও অনুভূত হয় না। কিন্তু পীড়ন দেওয়া হইতে বিরত হইবামাত্র উহা পুনরায় প্রকাশ পায়; এবং অক্ষিগোলক সহজে পূর্ব্বমত বহিঃক্ষিপ্ত হইয়া থাকে।

আঘাতের পরক্ষণেই, যদি অভিহিত স্থানে এবম্বিধ লক্ষণ সকল প্রকাশমান হয়, তবে আমাদিগকে এরূপ বিবেচনা করিতে হইবে যে, অক্ষিগোলকের

---

* Case of supposed aneurism, by Dr. Morton, successfully treated by ligature of common carotid: *Ophthalmic Review,* vol. ii. p. 198. Another case is reported by M. Poland, *Ophthalmic Hospital Reports,* vol. ii. p. 219.

শিথিল কৌষিক বিধানে রক্ত প্রবেশ হইয়াছে; এবং এই প্রবিষ্ট রক্ত-চাপের কিয়দংশ শোষিত হইয়া, অবশিষ্টাংশ য়্যানিউরিজ্ম্যাল্ থলীকে পীড়িত রক্তবহা-নাড়ীর সহিত সংযুক্ত করিয়া রাখিয়াছে। কুষ্বন বশতঃ কোন কোন স্থানে ঐরূপ পরিবর্ত্তন সকল ঘটিতে দেখা যায়। রোগী প্রথমতঃ উহা জানিতে পারে না, কিন্তু উক্ত চাপে একটি পীড়িত আর্টারি বিদীর্ণ হইয়া, পরিশেষে ঝ্যানিউরিজম্ রোগ উৎপন্ন করে।

এই রোগের অবস্থা সম্যগবগত হওয়া অতিশয় কঠিন। প্রকৃত নির্দ্দিষ্ট কোনরূপ লক্ষণ দ্বারা আমরা সন্তোষজনক রূপে এই রোগ নির্ণয় করিতে সমর্থ হই না। কেবল এই প্রকার অন্যান্য রোগের সহিত তুলনা করিয়া যখন দেখা যায় যে, সেরূপ কোন রোগ নহে তখনই এই রোগ নির্ণব হয়। ক্যারোটিড্ আর্টারি দৃঢ়রূপে পীড়ন করিলে, তাহার অর্ব্বুদের হিস্ হিস্ শব্দের অনেক হ্রাস হয়। এই রোগে রোগী কখন ২ শিরঃপীড়া ও শিরোগৌরব অনুভব করিয়া থাকে।*

চিকিৎসা।——যেমন প্রকৃত য্যানিউরিজম্ রোগ চিকিৎসা করিতে হইলে, সাধারণ ক্যারোটিড্ আর্টারি সংবদ্ধ করিয়া রাখিতে হয়, তদ্রূপ এই স্থানের অপ্রকৃত য্যানিউরিজম্ রোগ চিকিৎসা করিতে হইলেও ক্যারটিড্‌কে ঐরূপ সংবদ্ধ করা বিধেয়।†

ক্যারোটিড্ আর্টারিকে অঙ্গুলীদ্বয়ের মধ্যে চাপিলে (Digital compression) অনেক উপকার দর্শিয়া থাকে। যাহাহউক, কোন একস্থলে অনবরত ষট্‌পঞ্চাশৎ ঘণ্টা পর্য্যন্ত ঐরূপ করিয়াও কোনরূপ ফল হয় নাই। এই-রূপ অবস্থায় সকলে ক্যারোটিড্‌কে ধৃত করিয়া অঙ্গুলীদ্বয়ের মধ্যে বিলক্ষণ চাপ দিতে পারিলে উত্তম হয়। যাহা হউক, এতদ্ব্যতীত অন্য কোনবিধ চিকিৎসার উপর কোনমতেই নির্ভর করিতে পারা যায় না। একটি ভয়ানক

* Lancet vol i. p. 473 of 1875, Mr. W. Rivington "on pulsating Tumour of the orbit."

† এইরূপ একটি স্থল মিষ্টার ট্রাভার্স সাহেব ও আর একটি মিষ্টার ডলরিম্পল্ সাহেব দ্বারা চিকিৎসিত হইয়াছে বলিয়া উল্লিখিত আছে। Lawrence "On Diseases of the Eye," p. 766. See, also, *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. ii. pp. 1—16 and plate, and vol. vi. pp. 111—123.

য়্যানিউরিজম্ বোগ আর্গট্ এবং ভেরাট্রিয়ম্ সেবন করিয়া সম্পূর্ণ আরোগ্য হইয়াছে। ইহা অপথ্যাল্মিক্ বিভিউ, ১ম খণ্ড, ২৮৮ পৃষ্ঠায় লিখিত আছে।

ইরেক্টাইল্ টিউমার (Erectile tumours)।—অক্ষিকোটরে কৌষিক-ঝিল্লী হইতে ইবেক্টাইল্ টিউমাবও উৎপন্ন হইতে পারে। ইহাতে কোনবিধ কষ্টবোধ হয় না। অল্পে অল্পে ইহা বৃদ্ধি হয, এবং কোনরূপেই বোগীব শাবীবিক স্বস্থতাব হানি হয না। বক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় এই টিউমাব যখন আকাবে প্রকাণ্ড হইতে থাকে, তখন উহা দ্বাবা অল্প বা অধিক পবিমাণে এক্স্অফ্থ্যাল্মস্ বোগ অর্থাৎ অক্ষিগোলকেব বহিঃক্ষেপণ ঘটিতে থাকে, এবং সেই ঘটনায় অক্ষিগোলকেব বহিঃস্থতাংশ ধপধপ গতিশীল হয়। সে যাহা হউক, অক্ষিগোলকে অল্প পীড়ন করিলে, এই গতি স্থগিত হইতে, এবং অক্ষিগোলক প্রকৃত অবস্থানে অবস্থিত হইতে পাবে। ক্রন্দন কবিলে চক্ষুতে যেরূপ আযাস বোধ হয, তদ্রূপ কুন্থন প্রভৃতি কার্য্যেব দ্বাবা, এই টিউমাবেব আবাব পবিবর্দ্ধিত হয। যদি এই ইবেকটাইল্ টিউমাব্ কন্জংটাইভাব্ নিম্নে উন্নত হইযা উৎপন্ন হয, তাহা হইলে বর্ণ এবং সাধাবণ অবস্থা সুস্পষ্ট দৃষ্টিগোচব হয।

চিকিৎসা।——ইবেক্টাইল্ টিউমাব্ ক্ষুদ্র না হইলে ক্যারোটিড্ আর্টাবি লিগেচব দ্বাবা বন্ধন কবিলে,* বোধ হয উহা উত্তমরূপ আবোগ্য হইতে পাবে। পবে, পাব্ক্লোবাইড্ অব্ আযবণ্, কিম্বা ট্যানিক্ য়্যাসিড্ উক্ত অস্বাস্থ্যজনক পদার্থ মধ্যে প্রবিষ্ট কবিযা, বক্তবহা-নাড়ী সকলকে বিনষ্ট করিতে চেষ্টা কবা সর্ব্বতোভাবে বিধেয। কিন্তু এরূপ কার্য্যে অত্যন্ত সাবধান থাকা কর্ত্তব্য, কারণ ঐ দ্রব্য কোথায যাইবে বা কতদূব যাইবে বা উহা কোন বৃহৎ রক্ত নাড়ীতে প্রবেশ কবিবেনা ইহা বলা ভার। এক এক সময়ে অল্প গ্যালভ্যানিক কটাবি (Galvanic Cautery.) সময়ে সময়ে প্রয়োগ করিলে উপকাব দর্শে।

পূর্ব্ববর্ণিত রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় টিউমার সকল সচরাচব দেখিতে পাওয়া যায় না; এবং তাহাবা কোন্বিধ রোগ, তাহাও নির্ণয় করা

---

* ডেসমারেস সাহেব একটী রোগীর বিষয় উল্লেখ করেন যেস্থলে ডিউপুইট্রেন (Dupuytren) এইরূপ একটি অর্ব্বুদ অক্ষিগোলকের সহিত নিষ্কাশিত করিয়াছেন।. " Malanies des Yeux, vol. i. p. 2J4.

অতিশয় কঠিন ও দ্বিধাজনক। কখনং এরূপ দেখা যায় যে, ধপধপায়-মান গতিশীল রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় অক্ষিগোলকের বহিঃক্ষেপণ প্রাগুক্তরূপ ভয়নাক আকার ধারণ করিয়া রহিয়াছে। কিন্তু অধিকাংশস্থলে, এই রোগ অক্ষিকোটরে আবির্ভূত হইয়াছে কিনা, তদ্বিষয়ে অনেক সন্দেহ উপস্থিত হইতে পারে। অনেকস্থলে সুবিধাক্রমে রোগীর মৃত দেহ পরীক্ষা করিয়া দেখা গিয়াছে যে, যাহাকে আমরা রোগীর জীবিতাবস্থায় প্রকৃত য়্যানিউরিজম্ রোগ বলিয়া অনুমান করিয়াছিলাম, তাহা আমাদের সম্পূর্ণ ভ্রম মাত্র ;—উহা সে রোগ নহে। এতন্নিমিত্ত এইরূপ ভ্রম অন্যান্য ব্যক্তিরও যে হইবে তাহা সিদ্ধান্ত করা যাইতে পারে। মিষ্টার নলিনি সাহেব, এই রোগে দূরব্যাপী বহুদর্শিতা লাভ করিয়াছিলেন। তিনি বলেন যে, অক্ষিকোটরের য়্যানিউরিজম, প্রকৃতই (True) হউক, আর আবৃত প্রকারই (Diffused) হউক, তিনি দেখেন নাই। অধিকাংশ স্থলে তিনি বলেন, যে সকল রোগ অক্ষিগোলকের রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় বহিঃক্ষেপণ (Vascular protrusion of the eyeball) বলিয়া খ্যাত, অক্ষিকোটরে তাহা দৃষ্ট হয় না,—করোটির অভ্যন্তরই তাহার প্রকৃত অবস্থান। এই সকল স্থলে অক্ষিগোলক স্বীয় কারণে বহিঃক্ষেপ হয় না ও যন্ত্রণাদায়ক লক্ষণ সকলও উভয়েই চাক্ষুষ শিরার রক্ত সঞ্চালনের বাধা বশতঃ উৎপন্ন হয়। মিষ্টার হস্ক্ সাহেব যে একটি রোগীর বিবরণ উল্লেখ করিয়াছেন তদ্দ্বারা নলিনি সাহেবের মত আরও বিশেষরূপে পরিপোষণ করিতেছে। চাক্ষুষ ধমনীর-মধ্য দিয়া রক্তসঞ্চালন বন্ধ হইলে, অক্ষিগোলক বহিঃসৃত, ও নানাবিধ যন্ত্রণা-দায়ক লক্ষণ সকল আবির্ভূত হয়।* এরূপ অনেকস্থলও বর্ণিত হইয়াছে যে, চাক্ষুষ ভেইনের অর্ব্বুদাদি দ্বারা পীড়িত হইলে (যেমন চাক্ষুষ আর্টারির মূলদেশে য়্যানিউরিজম্ হইলে) অক্ষিকোটর হইতে রক্তসঞ্চালনের পথ রুদ্ধ হইয়া অক্ষিকোটরীয় য়্যানিউরিজম্ রোগের লক্ষণ সকল প্রকাশমান হইয়াছিল। আর ইহাও পরিজ্ঞাত হওয়া সন্তোষের বিষয় যে, অক্ষিকোটরের মধ্যে, কিম্বা করোটী গহ্বরে, যেখানে সেখানে অবস্থিত হউক না কেন, এবম্বিধ

* *Medico-Chirurgical Transactions* vol. xlviii. p. 30. Previous Cases and Observations, voli. xli. p 167.

টিউমার সকলের উভয়স্থানেই একবিধ চিকিৎসা হইয়া থাকে;এবং উভয় স্থানেই ক্যারোটিড্ আর্টারিতে লিগেচর বন্ধন করিলে সুফলসিদ্ধ হইতে পারে। *

মিষ্টার হক্ক সাহেব, নলিনি সাহেবের মত প্রতিপোষণ করিয়া উল্লেখ করেন যে, †—কোন ব্যক্তি মস্তকের বামপার্শ্বে মুষ্টাঘাত পাওয়ায়, পাঁচ মাস পরে, উহার অক্ষিকোটরে য়্যানিউরিজম্ রোগের সমুদায় প্রধান২ লক্ষণ প্রকাশিত হইয়াছিল। বামাক্ষিকোটর-প্রদেশ স্ফীত ও বহিঃক্ষিপ্ত হইয়া, উহাতে ধপ্‌ধপায়মান গতি উপস্থিত হইল। সান্নিধ্যবর্ত্তী প্রদেশে হিস্‌হিস্ শব্দ স্পষ্ট শুনা যাইত। যাহা হউক ইহাতে কমন্ ক্যারোটিড্ আর্টারি বন্ধন করা হয়। কিন্তু রোগী কালগ্রাসে পতিত হইয়াছিল। মৃত দেহ পরীক্ষা করিয়া, উহার ক্যাভার্ণস্, ট্রান্স্‌ভার্স, সার্কিউলার্ এবং পিট্রোস্যাল সাইনস্ সকলে ফ্লিবাইটিস্ বা শিরাপ্রদাহ রোগ হইয়াছে বলিয়া জানা গেল।

অক্ষিকোটরের অস্থ্যর্ব্বুদ (Bony tumours)——অক্ষিকোটর প্রাচীরের সমুদায় অংশ হইতেই অস্থ্যর্ব্বুদ উৎপন্ন হইতে পারে। উহা দেখিতে ঠিক একটি গ্রন্থির ন্যায়। উহার বৃহৎ হস্তিদন্ত প্রায়। সার জেমস্ প্যাজেট্ সাহেব বলেন যে, পৃথক২ বা অতি সংকীর্ণভাবে সংলগ্ন বা পৃথকভাবে অস্থির ডিপ্লোই বা তন্নিকটবর্ত্তী সাইনস বা রন্ধ্র হইতে উৎপন্ন হয়। কিন্তু ইহার এই এক গুণ যে, উহা চতুষ্পার্শ্বে বিস্তৃত হইতে পারে।

লক্ষণ।——যে সকল লক্ষণে অক্ষিকোটরে এই এক্স্‌অষ্টোসিস্ (Exostosis) রোগ উৎপন্ন হয়, তাহা উহার অবস্থান এবং বৃদ্ধির পরিমাণানুসারে বিভিন্নরূপ হইয়া থাকে। অক্ষিগোলক এই অস্বাস্থ্যজনক পদার্থের দ্বারা চালিত হইয়া, উহার কোটর হইতে অল্প বা অধিক পরিমাণে বহিক্ষিপ্ত হয়। এই রোগ তাদৃশ যন্ত্রণাদায়ক নহে; কারণ রোগী কখন আমাদিগকে তদ্বিষয়ের নিমিত্ত অভিযোগ করে না। টিউমার বৃহত্তর হইলে, কঠিন গোলাকার অথবা কণ্টকযুক্ত স্পিকিউলেটেড্ (Spiculated) স্তূপ মাত্র বলিয়া বোধ হয়। উহার মূল কখন ২ বৃন্তবিশিষ্ট হয় কখন ২ বা আয়ত হইয়া থাকে।

---

* See a recent case by Mr. Bell *Med. Jour*, July, 1867.

† *Ophthalmic Hospital Reports*, 1859-60, vol ii p. 6.

চিকিৎসা।——সচরাচর এবম্বিধ অস্থ্যর্ব্বুদ নিষ্কাশন করা অতিশয় কঠিন কর্ম্ম। কারণ তাহারা করোটির অভ্যন্তর পর্য্যন্ত বিস্তৃত থাকিবার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা।-অনেকস্থলে টিউমার স্বভাবতঃ আরোগ্য, ও হস্তিদন্তবৎ স্তূপ গলিত হইয়া গিয়াছে, এরূপ উদাহরণও পাওয়া যায়। সার্ জেম্স প্যাজেটের মতে, অর্ব্বুদোপরিস্থ কোমল পদার্থ মধ্যে শস্ত্র নিমজ্জিত করিয়া, টিউমারকে অনাবৃত করিতে হয; এবং আবশ্যক হইলে, অস্থির উপবিভাগে দাহক ঔষধ প্রদান করা উচিত।*

অক্ষিকোটরের পীড়ন বশতঃ (FROM COMPRESSION OF THE ORBIT) এক্সঅপথ্যাল্মস্——পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে যে, অক্ষিকোটরের গহ্বর বাহ্য বা আভ্যন্তরিক অস্বাস্থ্যজনক পদার্থোৎপত্তি দ্বারা সংকীর্ণ হইতে পারে। কোন২ ভয়ানক ও পুরাতন হাইড্রোকেফালস্ রোগে ক্রেনিয়ম বা করোটি গহ্বরে এত তরল পদার্থ সমবেত হয় যে, তদ্দ্বারা ললাটাস্থির অক্ষিকোটরধারের অধঃ ও সম্মুখদিকে পীড়া প্রাপ্ত হইয়া, অক্ষি-গোলককে কোটর হইতে বহিঃক্ষিপ্ত করে, এবং তদুপরি অক্ষিপুটদ্বয় মুদিত করিতে পারা যায় না। যাহা হউক, এইরূপ রোগের প্রকৃতি দেখিবামাত্রেই অনুভূত হয় বলিয়া, তদ্বর্ণনায় আর অধিক সময়ক্ষেপ করিলাম না।

ফ্রন্ট্যাল সাইনস্ হইতে উৎপন্ন (From Diseases of the Frontal Sinus) এক্সঅপথ্যাল্মস্।——মুখ মণ্ডলে বা গণ্ডদেশে আঘাত লাগিলে, সেই আঘাতে যদি য্যান্টিরিয়র এথ্ময়িডাল্ বা ললাটাস্থির কোন কোন সেল্স বা কোষ ভগ্ন হয, তবে তাহাতে ইনফণ্ডিবিউলম্ (Infundibulum) রুদ্ধ হইয়া, উক্ত সাইনস্ হইতে নাসারন্ধ্রে শ্লেষ্মার গতায়াত রুদ্ধ করে। এইরূপে ফ্রন্ট্যাল্ সাইনসের স্রাবিত বস্তু রুদ্ধ হইয়া, ক্রমশঃ উহাতে অধিক পরিমাণে সংযত হওতঃ পরিশেষে উহাকে প্রসারিত করে। যদি কোনরূপ আঘাত না লাগিয়া পীড়ার উৎপত্তি হইয়া থাকে, তবে আমাদিগকে এরূপ বিবেচনা করিতে হইবে যে, পীড়া বশতঃ ইনফণ্ডিবিউলম রুদ্ধ হইয়াছে। ইহার লক্ষণ সকল তীক্ষ্ণ প্রদাহের লক্ষণের ন্যায়, অথবা পুরাতন প্রকার হইয়া থাকে। এই দুইয়ের মধ্যে প্রথম প্রকারের

* Paget's, Lectures on Surgical Pathology " 3 Vol ed. p. 586.

স্থায় প্রদাহ হইলে, রোগী ললাট এবং নাসামূল-প্রদেশে ভয়ানক যাতনা অনুভব করে। ফ্রণ্ট্যাল্ সাইনস্ পূয় দ্বারা প্রসারিত হইয়া উদ্ঘাটিত হয়, এবং সেই পূয নাসিকা বা অক্ষিকোটরের ঊর্দ্ধাভ্যন্তরদেশ হইতে একটি স্ফোটক উৎপন্ন হইয়া, চক্ষুকে বিপরীতদিকে প্রতিচাপ প্রদান করে। অধঃদিকে ঊর্দ্ধাক্ষিপুট প্রদাহিত হয়, ও স্ফীত প্রদেশ স্পর্শ করিলে যন্ত্রণা প্রদান করে; পরিশেষে তন্মধ্যে পূয় গতি অনুভূত হয়।

পুরাতন স্থলে এই রোগে যাতনা বা প্রদাহের অপরাপর লক্ষণ সকল তাদৃশ অনুভূত হয না। কিন্তু অক্ষিকোটরের ঊর্দ্ধাভ্যন্তরদেশে একটি টিউমার ক্রমশঃ সমুৎপাদিত হইযা, অক্ষিগোলককে অধঃ, বহিঃ ও সম্মুখদিকে ক্ষেপণ করে। সচরাচর এই পীড়ার একটি সাইনস থাকে, কিন্তু দুইটি সাইনসও হইতে পারে।

যদি ললাটাস্থির শোফ এবং তৎস্থানের যন্ত্রণা দেখিয়া এরূপ মনে হয যে, সাইনস্ তরল পদার্থের দ্বারা প্রসারিত হইয়া ঐরূপ হইয়াছে; তাহা হইলে অস্থিময় প্রাচীরের মধ্যে কর্ত্তন করিয়া, বদ্ধ পূয নির্গত করা সর্ব্বতোভাবে পরামর্শ সিদ্ধ।*

মিষ্টার লসন্ সাহেব এই রোগে নিম্ন লিখিত ব্যবস্থা প্রদান করেন। "টিউমারের সর্ব্বোচ্চ দেশোপরি, অক্ষিপুটের উপরিস্থিত চর্ম্মের ভাঁজের সমান্তরালভাবে চর্ম্ম বিভাজন করিতে হয। পরে, ঐ ভিন্ন স্থানের মধ্য দিয়া, স্ক্যাল্‌পেল্ নামক ছুরিকা প্রবেশ করাইয়া, চর্ম্মকে কিঞ্চিৎ স্বতন্ত্র করিয়া, তাহাতে নিমর্জ্জিত করিবে এবং বিভাজিত চর্ম্মের অনুরূপ একটি ছিদ্র করিবে। এক্ষণে দক্ষিণ হস্তের তর্জ্জনীর অগ্রভাগ উক্ত ছিদ্রের মধ্য দিয়া সাইনসে প্রবিষ্ট করিয়া গহ্বরের আকার এবং তথায় নিক্রোসিস বা কেরিজরোগ প্রাপ্ত কোন অস্থি থাকিলে, তাহা নির্ণয় করিতে হয। যখন সাইনসের মধ্যে এবম্বিধ অনুসন্ধান করা হয, তখন বামহস্তের কনিষ্ঠাঙ্গুলি ঐ দিকের নাসারন্ধ্রের ভিতরে প্রবেশিত করিয়া, দেখিতে হয় যে, কোন

* See the report of a case in which this operation was successfully performed by J. W. Hulke. *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. iv. p. 176.

স্থানে উক্ত অঙ্গুলির অগ্রভাগ নাসারন্ধ্রস্থ অঙ্গুলির সন্নিকটবর্ত্তী হইয়াছে। এইরূপে কিছুক্ষণ অনুসন্ধান করিলে দেখা যাইবে যে, একস্থানে অঙ্গুলিদ্বয় পরস্পর প্রায়ই স্পর্শ করিয়াছে কেবল একখণ্ড পাতলা অস্থিমাত্র উহাদের অন্তরে থাকে। এই বিষয় জ্ঞাত হইয়া ফ্রন্ট্যাল্ সাইনস্ হইতে অঙ্গুলি বহিষ্কৃত করা বিধেয়। কিন্তু গৌজ বা এলিভেটর্ নামক শস্ত্রের পথপ্রদর্শনের জন্য নাসারন্ধ্রস্থ অঙ্গুলি ঐরূপ অবস্থায় উক্ত অবস্থানে রাখিতে হয়। উক্ত এলিভেটর সাইনসের ভিতরে প্রবেশিত করিয়া, যে পাতলা অস্থিতে কনিষ্ঠ অঙ্গুলি সংলগ্ন আছে, তাহা বিদ্ধ করিয়া, নাসিকায় একটি ছিদ্র করিয়া দেওয়া উচিত।

"ফ্রন্ট্যাল সাইনস্ এবং নাসিকা এতদুভয়ের মধ্যস্থ উক্ত ছিদ্র দ্বারা শেষে একটি সচ্ছিদ্র ইণ্ডিয়া রবর ড্রেনেজ্ টিউব্ সংলগ্ন করিতে হয়। যাহার এক অন্ত ললাটদেশোপরি আবদ্ধ থাকিবে ও অপর অন্ত নাসারন্ধ্র হইতে কিঞ্চিৎ বাহিরে আসিবে। উহা সংলগ্ন করিবার উপায় এই,—একটি সচ্ছিদ্র প্রোব্ নাসারন্ধ্র দ্বারা ললাট পর্য্যন্ত প্রবেশ করাও ও তাহাকে ক্ষত মধ্য দিয়া বাহির কর, পরে এক গাছি সূত্র দ্বারা উক্ত টিউবকে প্রোবের সহিত বন্ধন করতঃ, নাসিকায় যে পথ দিয়া প্রবেশ করান হইয়াছিল, পুনরায় সেই পথ দিয়া উক্ত প্রোবকে বাহিরে আন। ড্রেনেজ্ টিউব্ সংলগ্ন করিবার প্রকৃত কারণ এই যে, উহা দ্বারা উক্ত দুই গহ্বরের মধ্যবর্ত্তী পথ রুদ্ধ হইতে পারে না; এবং শুশ্রূষাকারক প্রতিদিন অন্ততঃ দুইবার করিয়া, ষ্ট্রিন্জেণ্ট্ এবং ডিস্ইন্ফেক্ট্যাণ্ট্ (Disinfectant) সলিউশন্ দ্বারা ফ্রণ্ট্যাল্ সাইনস্ ধৌত করিতে পারে। এই শেষোক্ত অভিপ্রায়ের নিমিত্ত, লোসিও য্যালম্ কম্ জিনক্ সালফ্ অথবা, লোসিও য়্যাসিড্ কার্বলিক্ কাঁচের পিচকারী দ্বারা উক্ত টিউবের উর্দ্ধপ্রান্তে প্রবিষ্ট করিয়া দেওয়াও হইয়া থাকে। এই ড্রেনেজ্ টিউব্ পাঁচ ছয় মাস পর্য্যন্ত, বা যতদিন পর্য্যন্ত নাসা হইতে ক্লেদ বিগলন রুদ্ধ না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত সংলগ্ন রাখিতে হয়। এইরূপে চিকিৎসা করিলে, উক্ত রোগ সচরাচর প্রায়ই সন্তোষজনকরূপে আরোগ্য হইয়া থাকে।"*

* Diseases and Injuries of the Eye Lawson second edition, p. 365; London, 1874.

কখনং হাইডেটিড্ সিষ্ট্ বা পলিপস্ সকল দ্বারা ফ্রন্ট্যাল্ সাইনস্ প্রসারিত হইতে দেখা গিয়াছে।*

য়্যান্ট্রমের পীড়া হইতে উৎপন্ন (from Diseases of the Antrum) **এক্সঅপ্থ্যাল্মস্**।——য়্যানট্রমে তরল পদার্থের সঞ্চয়, বা কোনরূপ ম্যালিগ্ন্যাণ্ট্ গ্রোথ্ অর্থাৎ অস্বাস্থ্যজনক পদার্থোৎপত্তি হইলে, ম্যাক্জিলিয়াবি অস্থিব অর্ব্বিট্যাল্ প্লেট উর্দ্ধদিকে পীড়া প্রাপ্ত হইয়া, অন্যান্যদিক অপেক্ষা সর্ব্বদা অধঃ হইতে, অক্ষিকোটরকে সংকীর্ণ কবে।

য়্যাণ্ট্রমে স্ফোটক, বা নাসিকা ও য়্যাণ্ট্রমের মধ্যস্থ পথের অবরোধ বশতঃ য়্যাণ্ট্রমে শ্লেষ্মা সঞ্চিত হইলে, তাহাবা এই গহ্ববেব প্রাচীরকে এত পেসারিত কবিতে পাবে যে, কঠিন তালু (Hard palate), গণ্ড ও অক্ষিকোটরীয় অস্থ্যাধাব (Orbital plate of bone) বহির্গত হইযা পড়ে। এইরূপে অর্ব্বিট্যাল্ ফসা এত সংকীর্ণ হয় যে, তদ্দ্বাবা অক্ষিগোলক কিয়ৎ পবিমাণে বহিঃক্ষিপ্ত হয।

য্যাণ্ট্রমেব প্রাচীব হইতে বা নাসাবন্ধ্র হইতে উত্থিত পলিপস্ ক্রমাগত আকাবে বর্দ্ধিত হইযা, অভ্যন্তব অথবা অধঃ অক্ষিকোটব প্রাচীরকে এতদূব স্থান ভ্রষ্ট কবে যে, উহা দ্বাবা অর্বিট্যাল্ ফসাব আয়তন হ্রাস হইয়া যায়। এই সকল স্থলে মুখেব বিকৃত অবস্থা দেখিযা রোগনির্ণয় অপেক্ষাকৃত অতি সহজ হইযা উঠে। যাহা হউক, ইহাতে ভ্রম হইবারও অনেক সম্ভাবনা আছে। মিষ্টাব পোল্যাণ্ড সাহেব এক উদাহবণে উহা বর্ণনা কবেন যে,—অত্যল্প দিবস বিগত হইল, একটি বোগীর অক্ষিগোলক নিষ্কাশিত করিবাব সমুদায় অভিপ্রায় স্থিবীকৃত হইলে, পবিশেষে প্রকাশ পাইল যে, য়্যাণ্ট্রমে একটি স্ফোটক হইয়া অক্ষিগোলক বহিঃক্ষিপ্ত হইয়াছে। যাহা হউক, ঐ স্ফোটকে শস্ত্র কবা হইয়াছিল, এবং চক্ষু রক্ষিত হইয়া, উহার প্রকৃত অবস্থানে পূর্ব্ববৎ স্থাবী হইয়াছিল। এইরূপ বৃত্তান্ত দ্বারা এই রোগে আমাদিগের অপরিণামদর্শিতা এবং অবিমৃষ্যকারিতা ঘটিতে পারে, তাহা প্রকাশ পাইতেছে। সুতরাং যতই কেন প্রচুর ও কার্য্যকর রোগ নির্ণয়ের নিয়ম থাক না কেন, এরূপ ভ্রমে পতিত হওয়া অসম্ভব নহে।

---

* Mackenzie "On Diseases of the Eye," 3rd edit. pp. 55—58.

যে কারণ পরম্পরায় অক্ষিগোলক বহিঃক্ষিপ্ত হইয়া পড়ে, মিষ্টার পোল্যাণ্ড সাহেব তাহার একটি তালিকা প্রদান করেন; নিম্নে তাহা প্রদর্শিত হইতেছে।

অক্ষিগোলক বহিঃসরণের (Protrusion) কারণ।

- ১. কন্‌জেনিট্যাল্ (Congenital) বা আজন্মজ
  - ১। প্রকৃত (Real) বহিঃসরণ।
  - ২। বাহ্যিক (Apparent)—যাহা লিভেটর্ প্যাল্‌পিব্রি পেশী এবং অক্ষিপুটের হ্রাসতা হইতে হয়।
- ২. চক্ষুতে, In the eye itself.
  - ১। অক্ষিগোলকের প্রদাহ। অফথাল্‌মাইটিস্ Ophthalmitis
  - ২। ফ্লেবাইটিক্ অফ্‌থ্যাল্‌মাইটিস্ (Phlebitic Ophthalmitis)
  - ৩। হাইড্রফ্‌থ্যাল্‌মস (Hydrophthalmos)
  - ৪। চক্ষুতে টিউমার
    - ১, স্ক্রফুলস (Scrofulous)
    - ২, ইন্‌কেফালোইড (Encephaloid.)
    - ৩, মেলানোটিক্ (Melanotic)
    - ৪, অসিয়স্ ডিজেনারেশন্ (Osseous-degeneration)
    - ৫, হাইডেটিড (Hydatid.)
- ৩. অক্ষিকোটরাভ্যন্তরে। Within orbit.
  - ১। সেলুলার টিসুর প্রদাহ। ইডিওপ্যাথিক্ (Idiopathic) এবং ট্রমাটিক্ (Traumatic)
  - ২। পুয়োৎপত্তি এবং স্ফোটক।
  - ৩। ইরিসিপিলেটস (Erysipalatous.) এবং ফ্লেগমোনস (Phlegmonous.) প্রদাহ।
  - ৪। বাহ্য পদার্থ।
  - ৫। অতিরিক্ত মেদবর্দ্ধন।
  - ৬। টিউমার সকল।
    - ১, ইনসিষ্টেড (Encysted.)
    - ২, হাইডেটিড্।
    - ৩, ইনকেফালোইড্।
    - ৪, অসিয়স্ (Osseous.)
  - ৭। এ্যানিউরিজম এবং রক্তোৎপ্রবেশ।
  - ৮। ভিনস কন্‌জেসন্। এক্স্ অফথ্যালমিক্ গয়েটর।
  - ৯। অক্ষিগোলকীয় পৈশিক পক্ষাঘাত। অফ্‌থ্যাল্‌মোপ্লিজিয়া (Ophthalmoplegia)
  - ১০। অক্ষিগোলকীয় পৈশিকাকুঞ্চন। যেমন, টিটেনস (Tetanus.) বা ধনুষ্টঙ্কার রোগে।
- ৪. অক্ষিকোটরের বহির্ভাগে। External to orbit.
  - ১। ঊর্দ্ধে—নোড্‌স (Nodes) অর্থাৎ গ্রন্থি, হাইড্রোকেফালস (Hydrocephalus,) ফঙ্গস অব্ ডিউরামেটর (Fungus of dura mater) ফ্রনট্যাল্ সেলের পলিপাই (Polypi) এবং তথাকার অন্যান্য পীড়া, মস্তিষ্কের টিউমার, ও অশ্রুগ্রন্থির প্রদাহ এবং পীড়া।
  - ২। নিম্নে—য্যান্‌ট্রমের পীড়া।
  - ৩। অভ্যন্তরে—নাসিকার পলিপাই এবং টিউমার।
  - ৪। বাহ্যে—এক্স্‌অষ্টোসিস্ (Exostosis)
  - ৫। সম্মুখে—অক্ষিপুটের আকুঞ্চন, চাক্ষুষ প্রসরণ, হার্ণিয়া অকিউলি।

অক্ষিগোলকের সন্ধিচ্যুতি (Dislocation of Eyeball)

যখন অক্ষিগোলক অক্ষিপুটের সীমা অতিক্রম করিয়া, কোটর হইতে বহির্গত হইয়া আইসে, তখন তাহাকে অক্ষিগোলকের সন্ধিচ্যুতি কহে। যেমন—একটী বাহ্যপদার্থ অক্ষিগোলক এবং অক্ষিকোটর প্রাচীরের মধ্যে বেগে প্রবিষ্ট হইলে, এইরূপ ঘটনা সংলক্ষিত হয়। অত্যল্প দিন বিগত হইল ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব এইরূপ একটী স্থলে চিকিৎসা করিয়াছেন। রোগী একজন সমুদ্রযান নাবিক; সহবাসীর সহিত বিবাদে তাহার বাম চক্ষু বহিঃসৃত হওয়ায়, বামাক্ষিগোলক গণ্ডদেশ পর্য্যন্ত ঝুলিয়া পড়িয়াছিল; এবং অক্ষিগোলকের পশ্চাৎ প্রদেশস্থ সমুদায় টিশুও ছিন্নভিন্ন হইয়াছিল। অধিকন্তু তৎকালে দর্শন-স্নায়ুও ঐ সঙ্গে২ এবম্বিধ দশা প্রাপ্ত হইয়াছে বলিয়া, বিলক্ষণ বোধ হওয়ায়, এস্থলে এবম্বিধ চক্ষু রক্ষা করিতে যত্ন করা সম্পূর্ণ বৃথা বোধ হইয়াছিল।

সে যাহা হউক, এরূপ স্থলও বর্ণিত আছে, যাহাতে কোন চক্ষু স্থানান্তরিত হইলে, রোগী কেবল তৎসময়েই তদ্দ্বারা দেখিতে পায় না। কিন্তু উক্ত চক্ষু কোটরে পুনঃ স্থাপিত হইলে, তাহাতে দৃষ্টির কোন প্রকার ব্যাঘাত জন্মে না।* এই হেতু যে যে স্থলে রোগীর দর্শন-স্নায়ু ছিন্ন হইয়া গিয়াছে এরূপ প্রমাণ পাওয়া যায়, তত্তৎস্থল ব্যতীত অন্যান্য স্থলে, অক্ষিপুটদ্বয়কে পরস্পর পৃথক করিয়া, স্থানান্তরিত চক্ষুকে কোটর মধ্যে পুন প্রবেশ করান পরামর্শ সিদ্ধ। পরে এইরূপ স্থলে মুদিত অক্ষিপুটদ্বয়ের উপরিভাগে দৃঢ়বদ্ধ কম্প্রেস্ বা ব্যাণ্ডেজ্ বন্ধন করিয়া, অক্ষিগোলককে তাহার স্বস্থানে পুনরবস্থিত হইতে দেওয়া যুক্তিযুক্ত। যদি অতঃপর চারি কিম্বা পাঁচ দিবসে রোগীর দৃষ্টিজ্ঞান না জন্মে, তবে অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা ঐ চক্ষু পরীক্ষা করিবার যত্ন করা উচিত। এই পরীক্ষায় রেটিনাকে কোরইড্ হইতে অন্তরিত, বা অপ্টিক্ ডিস্কের হ্রাসতা অনুভূত হইলে, চক্ষু রক্ষা করিতে যত্ন করা বৃথা চেষ্টামাত্র। তখন উহাকে একেবারেই নিষ্কাশন করা বিধেয়। রোগী সমৃদ্ধি সম্পন্ন ও ব্যয় সহিষ্ণু হইলে, চক্ষু নিষ্কাশিত করিয়া, তৎপরিবর্ত্তে কৃত্রিম চক্ষু ব্যবহার করা গিয়া থাকে।

* Mackenzie "On Diseases of the Eye," third edition, p. 13.

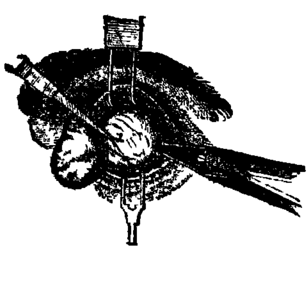
রোগী যদি এই ঘটনার চারি পাঁচ দিবস পরে ক্ষতিগ্রস্ত চক্ষুতে কিয়ৎ পরিমাণে দেখিতে পায়, তবে প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা সমাবদ্ধ রাখিয়া তিন সপ্তাহ বা তদধিককাল পর্য্যন্ত চক্ষুকে পূর্ব্বস্থানে স্থাপিত রাখিতে হয়। এই বিষয়ে বন্ধনী যত দৃঢ়বদ্ধ হইবে, ততই উত্তম। অক্ষিগোলক এইরূপে কোটরে প্রবিষ্ট হইলে, এবং বিভক্ত পেশী সকল অক্ষিগোলকের সম্মুখ প্রদেশের সন্নিধানে সমাবদ্ধ হইতে যথেষ্ট সুযোগ পাইলে, এতদ্রূপ ঘটনা দ্বারা যে এক্সঅফথ্যাল্মস্ এবং দ্বিদৃষ্টি রোগ জন্মিয়া থাকে, তাহা সম্ভবমত অনেক পরিমাণে অপনীত হইয়া যায়।

অক্ষিগোলক নিষ্কাশন (Extirpation of the Eyeball)

কোন বাহ্যপদার্থ বা অন্য কোনপ্রকার অপায় বশত চক্ষুর্নিবিষ্ট হইলে, অথবা ষ্ট্যাফিলোমা (বহিঃসরণ), সিম্প্যাথেটিক্ ইরিটেশন্ (সমবেদনাজনিত উত্তেজনা) এবং অন্যান্য প্রকার পীড়া উপস্থিত হইলে, অক্ষিগোলক নিষ্কাশিত করা যাইতে পারে। নিষ্কাশন করিবার প্রণালী নিম্নে লিখিত হইতেছে।

রোগীকে শস্ত্র করিবার খট্টায় শয়িত করিয়া, ক্লোরোফর্মের ঘ্রাণে অচেতন করিতে হয়। তৎপরে অক্ষিপুটদ্বয়কে নিস্তব্ধভাবে অন্তরিত করিয়া রাখিবার নিমিত্ত, তদুপযোগীর ষ্টপ্ স্পেকিউলম্ নামক যন্ত্র অথবা রিট্রাক্টর ব্যবহার করা বৈধ। পরে তীক্ষ্ণদন্ত ফরসেপ্স্ দ্বারা কন্জংটাইভা হইতে এক পর্দ্দা স্তর উত্তোলিত ও ধৃত করিয়া, অল্প বক্র একখানি কাঁচি দ্বারা কর্ণিয়ার চতুর্দ্দিগস্থ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী এবং ক্যাপসিউল্ অব্ টিনন্ সম্পূর্ণরূপে বিভাজিত করিয়া, স্ক্লেরটিক্‌কে অনাবৃত করিতে হয়। তৎপরে সরল ও তির্য্যগ্ পেশী সকলকে, তাহারা যেস্থানে স্ক্লেরটিকের সহিত সমবেত হইয়াছে, ঠিক সেই স্থানেই উক্ত কাঁচি দ্বারা বিভাজিত করা উচিত। যে পেশীর টেনডন বা রজ্জু বিভাজিত হইবে, অক্ষিগোলককে তৎ বিপরীতদিকে প্রধাবিত করিলে, এই কার্য্যনিষ্পন্ন করা অতিশয় সহজ

১০ম, প্রতিকৃতি।



(From Stellwag v. Carion.)

হইয়া উঠে। এইরূপে অক্ষিগোলক সমুদায় পৈশিকসংস্রব হইতে মুক্ত হইলে উহাকে ধৃত করিয়া ক্রমে ক্রমে সম্মুখদিকে আকর্ষণ করিতে হয়। তদনন্তর উহার পশ্চাদ্দিকে বক্র কাঁচি প্রবিষ্ট করিয়া (১০ ম, প্রতিকৃতি) দর্শন-স্নায়ু এবং অন্যান্য যে সকল নির্ম্মাণ অক্ষিগোলককে সম্পূর্ণরূপে বহিষ্কৃত হইতে বাধা প্রদান করে, তাহাদিগকে বিভাজিত করিবে।

সাধারণতঃ এই শস্ত্র প্রক্রিয়ার পরে, তথা হইতে অত্যল্প মাত্র রক্ত নির্গত হয়। যাহা নিবারণ জন্য যে কোটর হইতে চক্ষু বহির্গত করা হইয়াছে তাহাতে একটা স্পঞ্জ দ্বারা চাপ দিলে যথেষ্ট হয়। ইহাতে কোন ধমনী বন্ধন করিবার আবশ্যকতা নাই; এবং সতত বরফ নিকটে রাখাও অতীব প্রয়োজনীয়। স্পেকিউলম্ বহির্গত ও অক্ষিপুটদ্বয়কে মুদিত করিয়া, তদুপরি শীতল জলের পটী প্রদান করতঃ, পরে একটি হাল্কা ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা চক্ষুকে বন্ধন করিতে হয়। ইহাতে সুচার দ্বারা কন্‌জংটাইভার আঘাতিত স্থানের প্রান্ত ভাগ একত্র সংবদ্ধ করিবার কোন প্রয়োজন নাই। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারার মতে ইহাতে মন্দ ভিন্ন ভাল হয় না। যাহা হউক, সাধারণতঃ অক্ষিগোলক বহির্গত করিয়া, অক্ষিকোটরে লিণ্ট্ বা স্পঞ্জ নিমজ্জিত করিবারও কোন আবশ্যকতা দেখা যায় না। তবে বিশেষ২ স্থলে যেখানে রক্তস্রাব রোধ না হয়, কেবল তথায়ই কতিপয় মিনিটের জন্য প্রয়োজন হইয়া থাকে।

তদনন্তর এই রোগের পরবর্ত্তী চিকিৎসা অতীব সহজ। উক্ত স্থান বিলক্ষণ পরিষ্কৃত রাখিবার নিমিত্ত, অক্ষিপুটদ্বয় সময়ে২ উন্মীলিত করিয়া ঈষদুষ্ণ জল বা ক্ষীণবল কার্বলিক্ এ্যাসিড্ সলিউশন্ দ্বারা পিচ্‌কারী দিতে হয়। আর যদি অক্ষিকোটরীয় কৌষিক-ঝিল্লীতে প্রদাহ সমুপস্থিত হয়, তবে ইতিপূর্ব্বে উহার চিকিৎসা বিষয়ে যেরূপ নিয়ম লিখিত হইয়াছে, তদনুরূপ চিকিৎসা করা উচিত।

এইরূপ শস্ত্র প্রক্রিয়ায় ইহা দেখা যাইবে যে, অক্ষিগোলক ক্যাপ্‌সিউল অব্ টিনন্ হইতে বহির্গত হইয়াছে,* (১ম প্রতিকৃতি ১ পৃষ্ঠা) অথচ

* "Lehrbuch der praktischen Augenheitkunde," Von K. Stellwag von Carion. Wien, 1864. p. 553.

অক্ষিকোটরীয় কৌষিক-বিধানেতে কোন প্রকার আঘাত প্রদত্ত হয় নাই। ইহাতে পেশী ও স্নায়ু প্রভৃতি অক্ষিগোলকের সমুদায় সংযোগ স্ক্লেরটিকের অতি নিকটেই বিভাজিত হইয়া থাকে। যদি রোগী কৃত্রিম চক্ষু পরিধান করিতে ইচ্ছা করে, তবে সঙ্কুচিত ক্যাপসিউল অব্ টিনন্ এবং তৎসংলগ্ন পেশী সকল সমবেত হইয়া, কৃত্রিম চক্ষু অবস্থিত হইবার অত্যুৎতম উপযোগী হইয়া পড়ে।

কৃত্রিম চক্ষু (Artificial eyes)।——শূন্য গর্ভ সিতোপলে (Enamel) অৰ্দ্ধগোলক প্রস্তুত করিয়া, অপর চক্ষুর বহিঃস্থ প্রতিকৃতির ন্যায় রঞ্জিত করতঃ কৃত্রিম চক্ষু প্রস্তুত হইয়া থাকে।

স্ক্লেরটিক্ বিস্তৃতভাবে বিভাগ করিয়া, অক্ষিকোটরস্থ অধিকাংশ উপাদান বহিষ্কৃত করাই, অক্ষিগোলক নিষ্কাশন করিবার প্রাচীন রীতি। কিন্তু উল্লিখিত আধুনিক প্রক্রিয়ায়, পেশী সম্বলিত ক্যাপ্সিউল্ অব্ টিনন্ অবশিষ্ট রাখায়, তদবলম্বন করিয়া কৃত্রিম চক্ষু অনায়াসেই অপর চক্ষুর সদৃশ অবস্থিত হইয়া বিঘূর্ণিত হইতে পারে। যে মূলকে আশ্রয় করিয়া কৃত্রিম চক্ষু ঘূর্ণিত হইতে পারে তাহা য়্যাবসিস্ন নামক শস্ত্রক্রিয়া দ্বারা উত্তম রক্ষিত হয়, ইতঃপর অষ্টম অধ্যায়ে তাহা বর্ণিত হইবে।

কোন২ স্থলে পিউরিউলেণ্ট্ কন্জংটিভাইটিস্ বা অন্যান্য কারণে চক্ষুঃ ধ্বংশ হইলে, ধ্বংসাবশিষ্ট অক্ষিগোলকের উপরিভাগে কৃত্রিম চক্ষু সংলগ্ন করিবার অত্যন্ত সুবিধা হইয়া থাকে।

একবিধ কৃত্রিম চক্ষু প্রত্যেক মনুষ্যের চক্ষুতে সংলগ্ন হইতে পারে না। সুতরাং উহা সংলগ্ন করিতে হইলে, প্রত্যেক মনুষ্যের তদানুষঙ্গিক যে অভাব হইবে, তাহা পূরণ করা উচিত। যে সকল শিল্পী কৃত্রিম চক্ষু প্রস্তুত করে, তাহারাই এই অভাব পরিপূরণ করিয়া থাকে; কিম্বা বহিঃস্থ অক্ষিগোলকের একখানি প্রতিমূর্ত্তি প্রস্তুত করিয়া, তাহাদিগকে প্রেরণ করিলেও তাহারা উক্ত অভিপ্রায় সাধন করিতে পারে।

যে কোন অবস্থায় হউক না, যত দিন পর্য্যন্ত প্রদাহ এবং উত্তেজনা শান্তাপ্রাপ্ত না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত কৃত্রিম চক্ষু ব্যবহার করা কোনমতেই বৈধ হয় না।

এই কৃত্রিম চক্ষু পরিধান করিবার সময়, ঊর্দ্ধাক্ষিপুট উত্তোলন করিতে হয়; এবং যখন রোগী নিম্নদিকে দৃষ্টি নিক্ষেপ করে, তখন কৃত্রিম চক্ষুর ঊর্দ্ধ প্রান্ত উক্ত অক্ষিপুটের নিম্ন দিয়া অন্তর্নিবিষ্ট করিয়া, পরে ঐ অক্ষিপুটকে পতিত হইতে দেওয়া উচিত। অতঃপর নিম্নাক্ষিপুটকে চাপিলে, ও এই বিষয়ে স্বল্প হস্ত নৈপুণ্য থাকিলে, উক্ত কৃত্রিম চক্ষুর অবশিষ্টাংশ নিম্নাক্ষিপুটীয় সাইনষে নিমজ্জিত করিতে পারা যায়।

কৃত্রিম চক্ষু বহিষ্কৃত করিবার সময় নিম্নাক্ষিপুটকে উল্টাইতে হয়, এবং অঙ্গুষ্ঠ-নখ বা কোনবিধ অস্ত্রের অগ্রভাগ ঐ কৃত্রিম চক্ষুর নিম্ন প্রান্তের নীচে প্রবিষ্ট করিলে, উহা অক্ষিগোলকের অবশিষ্টাংশ হইতে স্খলিত হইয়া, পাতিত হস্তে কিম্বা কোমল গদিতে বিচ্যুত হইয়া পড়ে।

এইরূপে কৃত্রিম চক্ষু বহিষ্কৃত করিয়া, উহাকে জলমগ্ন করতঃ শুদ্ধরূপে ধৌত করিতে হয়। কালক্রমে কোন না কোন কারণে যখন উহা ক্ষয়িত ও কর্কশ হয়, তখন উহা কন্‌জংটাইভাকে অত্যন্ত উত্তেজিত করে; সুতরাং এইরূপ হইলে, অথবা ঐ কাচখণ্ডের উপরিভাগে কোনরূপ পরিবর্তন না ঘটিয়াও যদি উহা রোগীর কোন অসুবিধার কারণ হয়, তবে তাহা পরিধান করা কোনমতেই বৈধ হয় না। পরিধান করিলে, অন্য চক্ষুতে ভয়ানক সমবেদন জনিত উত্তেজনা (Sympathetic irritation) উত্তেজিত হইতে পারে।

রাত্রিকালে সর্ব্বদাই এই কৃত্রিম চক্ষু বহিষ্কৃত করিয়া রাখিতে হয়; এবং প্রথম২ পরিধানকালে কেবল দিবাভাগেই দুই এক ঘণ্টাকাল মাত্র পরিধান করা উচিত।

অশ্রুগ্রন্থির Diseases of the (Lachrymal gland) পীড়া।

অশ্রুগ্রন্থির প্রদাহ।——এই প্রদাহ প্রবল বা পুরাতন উভয় প্রকারই হইতে পারে। কিন্তু প্রবল প্রদাহ উপস্থিত হইতে কদাচিৎ দেখিতে পাওয়া যায়। পুরাতন প্রদাহও সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় না; তবে কখন২ এই রোগ স্ক্রফুলা (Scrofula) রোগাক্রান্ত ব্যক্তি সকলে আবির্ভূত হইতে দেখা যায়। অশ্রুগ্রন্থির গূঢ় অবস্থান প্রযুক্ত, সাক্ষাৎ কোন প্রকার আঘাত ইহাতে লাগিতে পারে না। কিন্তু অন্য পক্ষে যদি উহা প্রদাহিত

হয়, সেই প্রদাহ চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী সংযোজক টিসুতে প্রসারিত হইযা পড়ে। অপিচ সচরাচর কৌষিক-ঝিল্লী প্রদাহ এবং এই গ্রন্থি-প্রদাহ বিভিন্নরূপে নির্ণয় করাও অতিশয় অসম্ভব।

লক্ষণ।——রোগী অক্ষিকোটরে ভযানক বন্ধনবৎ যন্ত্রণা অনুভব করে। উহা ললাটদেশ ও মস্তকের পার্শ্বদেশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। অক্ষিগোলক অধঃ ও সম্মুখদিকে, বা অভ্যন্তর ও পশ্চাদ্দিকে প্রতিচাপ প্রাপ্ত হওয়াতে, অক্ষিপুট ও কন্‌জংটাইভা গাঢ়রূপে আরক্তিম ও সমধিক শোফযুক্ত হয়। অধিকন্তু এই সকল লক্ষণের সঙ্গে ২ সচরাচর জ্বর উপস্থিত হয়। আর যদি প্রদাহ-ক্রিয়ার বৃদ্ধি হয়, তবে সত্বর অক্ষিকোটরের ঊর্দ্ধ ও বহির্দ্দেশে পূয়গতি অনুভূত হইয়া থাকে; এবং কিছুকাল পরে, ঊর্দ্ধাক্ষিপুট হইতে এক বা তদধিক ছিদ্র দিযা পূয নির্গত হওয়ায়, স্ফোটকান্তর্ব্বর্ত্তী সমুদায় বস্তু নিঃসৃত হয়; সুতরাং শোফ এবং প্রদাহ ক্রমশঃ হ্রাস হইতে থাকে। যাহা হউক, কোন ২ সময়ে পেরিয়ষ্টিয়ম, এবং তাহার কিয়ৎ পরে গ্রন্থির সন্নিকটবর্ত্তী অস্থি পর্য্যন্তও পীড়িত হয়। এইরূপ স্থলে একটি নালীপথ সমুদিত হইয়া যতদিন পর্য্যন্ত না পীড়া আরোগ্য হয়, ততদিন পর্য্যন্ত উন্মুক্তভাবে অবস্থান করে। অশ্রুগ্রন্থির পুটাস্থির প্রদাহে অক্ষিকোটরের ঊর্দ্ধ ও বাহ্যদিগে একটি গ্রন্থিবৎ শোফ দৃষ্ট হয। ইহার উপরিস্থ চর্ম্ম স্বাভাবিক থাকে এবং বেদনা প্রায়ই থাকেনা। ইহা যত বৃদ্ধি পায় অক্ষিগোলকও তৎসঙ্গে এক দিকে অপসৃত হয়। এই অবস্থায় গ্রন্থি যে সে সময়ে তরুণ প্রদাহ দ্বারা আক্রান্ত হইতে পারে।

চিকিৎসা।——প্রবল প্রদাহ হইলে, পীড়ার প্রথমাবস্থায় পীড়িত স্থানে জলৌকা এবং শীতল জলের পটি সংলগ্ন করিয়া পূয়োৎপত্তি নিবারণ করিতে হয়। পরে যদি পূয়োৎপত্তি অনিবার্য্য হইযা পড়ে, তবে উত্তপ্ত পোল্‌টিস ক্রমশঃ দুই ঘণ্টা অন্তর ঐ স্থানে সংলগ্ন করা বিধেয়। শারীরিক উত্তেজনা নিবারণ করিতে সচরাচর মর্ফিয়া ব্যবহার করা উচিত। আর যদি জ্বরজ লক্ষণ সকল প্রকাশমান থাকে, তবে আমরা সচরাচর যে ডায়েফোরেটিক্ মিকশ্চার অর্থাৎ স্বেদ নিঃসারক ঔষধ ব্যবহার করিয়া থাকি, তাহা সেবন করা বিধেয়। এই অবস্থান স্ফোটক যত সত্বর শস্ত্র ভিন্ন

হয়, ততই উত্তম। এই নিমিত্ত যখন উহাতে পূয়গতি অনুভূত হয়, তখনই গ্রন্থি মধ্যে সবলভাবে শস্ত্র নিমজ্জিত করিয়া, বিস্তৃতভাবে শস্ত্রকর্ম্ম সম্পাদন করিতে হয়।

অশ্রুগ্রন্থির বিবৃদ্ধি (Hypertrophy)।——স্ক্রফুলস ডায়েথেসিস্ রোগাক্রান্ত যুবাদিগেরই ল্যাক্রিম্যাল্ গ্ল্যাণ্ডের বিবৃদ্ধি হইয়া থাকে। গ্ল্যাণ্ডের বৃদ্ধি প্রযুক্ত চক্ষুর গতি মৃদু হয়; এবং তন্নিমিত্ত অন্যান্য লক্ষণাপেক্ষা প্রধানতঃ রোগী দ্বিদৃষ্টি রোগাক্রান্তই হইয়া থাকে। পরীক্ষা করিলে, রোগীর ঊর্দ্ধাক্ষিপুটীয় বহির্দ্দেশের পশ্চাদ্ভাগে বিবর্দ্ধিত গ্রন্থি দেখিতে পাওয়া যায়। উহাকে ম্যালিগ্ন্যাণ্ট গ্রোথ্ বলিয়াও ভ্রম হইতে পারে। কিন্তু উহাতে কোন প্রকার যাতনার লেশ মাত্রও বোধ হয় না। উহা ক্রমশঃ মৃদু ভাবে পরিবর্দ্ধিত হইতে থাকে।* যাহা হউক, কালক্রমে গ্রন্থির এই শোফ ক্রমশঃ হ্রাস হইয়া, পরিশেষে একেবারে তিরোহিত হয়; অথবা উহাতে পূয়োৎপত্তি হইয়া, উহা পুরাতন স্ফোটকাকারে পরিণত হয়। এই স্ফোটক হইতে কতিপয় মাস পর্য্যন্ত নিরন্তর পূয নির্গত হইতে থাকে। ইহাতে রোগী যন্ত্রণা বোধ না করিয়া, বরং অধিক বিরক্তি বোধ করে।

আমরা অশ্রু গ্রন্থির বিবৃদ্ধি উপশমার্থে, উত্তম খাদ্য, বিশুদ্ধ ও পরিষ্কৃত বায়ুসেবন, কড্লিভার অইল এবং আইডাইড্ অব্ আইরণ এই কয়েকটি দ্রব্যের উপর প্রধানতঃ নির্ভর করিয়া, পরিশেষে যাহাতে উক্ত অর্ব্বুদপদার্থ হ্রাসিত ও লুক্কায়িত হইয়া যায়, তদ্বিষয়ে বিশেষ সচেষ্ট থাকি। এরূপ স্থলও ঘটিতে পারে, যেখানে গ্রন্থি নিষ্কাশন করাই কেবল রোগোপশমের একমাত্র উপায় †। স্ফোটক মধ্যে পূয়োৎপত্তি হইলে, সত্বর শস্ত্র নিমজ্জিত করিয়া, তদন্তর্ব্বর্ত্তী সমুদায় পূয় বিনিঃসৃত হইতে দেওয়া উচিত।

ফাইব্রো-প্ল্যাষ্টিক্ এবং ক্যান্সারস্ বা কার্কটিক্ উদ্বর্দ্ধন (Fibro-plastic And Cancerous Growths)।——অশ্রু-গ্রন্থি

---

* Tyrrell "On the Eye," vol. i. p. 504.

† An instance of this kind will be found in the *Ophthalmic Review*, vol. i. p. 163.

অথবা২ . ফাইব্রো-প্ল্যাষ্টিক্ গ্রোথ্স্ এবং স্কিরস্ কিম্বা মিলানোসিস্ অর্ব্বুদ দ্বারা সমাক্রান্ত হয়। প্রথমোক্ত রোগ হইলে, নিম্নলিখিত লক্ষণ সকল প্রকাশ পায়।—অক্ষিগোলক অধঃ ও পশ্চাৎদিকে ন্যূনাধিক স্থানান্তরিত হয় এবং কিছুকাল পরে উর্দ্ধাক্ষিপুটের বহিঃস্থ পশ্চাদ্দেশে বিবর্দ্ধিত গ্রন্থি স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। এই ফাইব্রো প্ল্যাষ্টিক্ গ্রোথ্স্ সচরাচর অল্পে পরিবর্দ্ধিত হইতে থাকে; এবং পরিবর্দ্ধিত হইলেও কোন প্রকার যন্ত্রণা প্রদান করে না। যদি এই অবস্থায় কার্কটিক্ রোগ উৎপন্ন হয়, তবে উল্লিখিত লক্ষণ ভিন্ন উহাতে শরীরের অন্যান্য স্থানে এই ম্যালিগ্ন্যান্ট্ পীড়া হইলে, যে২ লক্ষণ অভ্যুদিত হয়, তৎসমুদায়ও দেখিতে পাওয়া যায়।

পূর্ব্বে অক্ষিকোটর হইতে স্কিরস্ অপনয়ন বিষয়ে যেরূপ চিকিৎসার আলোচনা করিয়াছি, অশ্রুগ্রন্থির ম্যালিগ্ন্যান্ট্ পীড়ার পক্ষেও তদ্রূপ চিকিৎসার প্রয়োজন।

পক্ষান্তরে, বিবর্দ্ধন অথবা ফাইব্রো প্ল্যাষ্টিক উদ্বর্দ্ধন হইলে, গ্রন্থি নিষ্কাশন করা উচিত। তাহা না করিলে, উহা ক্রমশঃ অধিক দিন পর্য্যন্ত অক্ষিগোলকের উপর চাপ প্রদান করিয়া, পরিশেষে চক্ষুকে একেবারে বিনষ্ট করিতে পারে।

অশ্রুগ্রন্থি-নিষ্কাশন।——সুপ্রা অর্বিট্যাল্ রিজ্ (Supra-orbital ridge) অর্থাৎ উর্দ্ধ অক্ষিকোটরপ্রাচীরের বহিঃস্থ ত্রি ত্র্যংশের সমান্তর-ভাবে উর্দ্ধাক্ষিপুটের ভিতর দিয়া, দৈর্ঘ্যে সার্দ্ধেক ইঞ্চি পরিমিত কর্ত্তন করিতে হয়। পরে কর্ত্তিত স্থানের প্রান্ত ফাঁক করিয়া, কৌষিক-ঝিল্লী বিভাজিত এবং উক্ত গ্রন্থি ও তাহার আনুষঙ্গিক লোব্ (Accessory lobe) উন্মুক্ত ও অনাবৃত হইলে, একখানি স্ক্যাল্পেলের বাঁট দিয়া গ্রন্থিকে সমুদায় বাহ্য সংস্রব হইতে বিচ্ছিন্ন করিয়া পরিশেষে উহা নিষ্কাশিত করা বিধেয়। এই অস্ত্রাঘাতিতস্থান হইতে গাঢ় রক্তপিণ্ড সযত্নে পরিষ্কৃতরূপে ধৌত করিতে হয়; এবং আঘাতিত প্রান্ত সুচার্ দ্বারা একত্র করিয়া, তথায় শীতল জলের পটী আবৃত করাই সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

মিষ্টার জে, র্জেড্ লরেন্স্ সাহেব অক্ষিকোটরপ্রাচীরের উর্দ্ধ ও বহিঃস্থ তৃতীয়াংশে, লম্বে ½ ইঞ্চ পরিমিত করিয়া আড়া আড়ি ভাবে কর্ত্তন করিয়া থাকেন। তদনন্তর তিনি অক্ষিপুটদ্বয়ের বাহ্য সংযোগস্থান হইতে পূর্ব্বোক্ত

বিদারণের বহিঃপ্রান্ত পর্য্যন্ত কাঁচি দ্বারা বিভাজিত করিয়া, একটী ত্রিভুজাকার স্থান নিষ্কাশিত করিয়া ফেলেন। অশ্রুগ্রন্থি এইরূপে সহজে অনাবৃত হইলে, একটী তীক্ষ্ণাগ্র হুক্ নামক অস্ত্র দ্বারা উহাকে ধৃত করিয়া, সম্মুখদিকে টানিলে, উহা নিষ্কাশিত হইয়া পড়ে। তৎপরে কর্ত্তিত স্থানের প্রান্তকে সুচার্ দ্বারা সম্বদ্ধ করিতে হয়। কর্ত্তিত স্থানের সরল দাগগুলি, অতঃপর, ঊর্দ্ধাক্ষিপুটের লোল চর্ম্মে অবস্থিত হইয়া, সত্বর অদৃশ্য হইয়া পড়ে।* নিষ্কাশিত অর্ব্বুদের আকারানুসারে কর্ত্তিত স্থানের আকারও নানাবিধ হইয়া থাকে।

অস্বাস্থ্যজনক পদার্থের উদ্বর্দ্ধন দ্বারা যদি অক্ষিগোলক কোটর হইতে বহির্ভূত হইয়া আইসে, তবে অস্ত্র করিবার পরেই অক্ষিপুটের উপরিভাগে প্যাড্ দ্বারা বন্ধন করা উচিত। যতদিন পর্য্যন্ত টিস্থ সকল সঙ্কুচিত হইয়া প্রকৃত আয়তন প্রাপ্ত না হইবে, ততদিন পর্য্যন্ত অক্ষিগোলককে এইরূপে স্বস্থানে অবস্থিত রাখা সর্ব্বতোভাবে উচিত।

---

* *Medical Times and Gazette, Sept. 1, 1866, p. 231.*

চতুর্থ অধ্যায়।

অক্ষিপুটের রোগাবলি।

আঘাত এবং অপায়—প্রদাহ—ক্ষত—অর্ব্বুদ—পক্ষাঘাত—পুটমজ্জণ—অক্ষিপুট এবং পক্ষ্মের অবস্থান-বৈপরীত্য—ইন্ট্রোপিয়ম্—বা অন্তর্বিপর্য্যস্তাক্ষিপুট—এক্‌ট্রোপিয়ম্ বা বিপর্য্যস্তাক্ষিপুট—ট্রিকিয়েসিস্ বা বক্রপক্ষ—সংযোগ—ঈডিমা বা স্ফীতি—ইম্ফিসিমা বা বায়ুস্ফীতি—অঞ্জনিকা—টিনিয়া সিলিয়েরিজ্—মৎকুণ—হার্পিজ্—ক্রম্-হাইড্রোসিস্।

আঘাত এবং অপায়।

অক্ষিপুট নিষ্পেষণ—অক্ষিকোটর অথবা অক্ষিপুটের প্রান্তভাগে আঘাত লাগিলে, ঐ স্থান স্ফীত ও ইকিমোসিস্ (Ecchymosis) সমাযুক্ত হয়, এবং চক্ষু কৃষ্ণবর্ণ হইয়া পড়ে। মুখের এই পরিদৃশ্যমান স্থানের আঘাতজনিত বিকৃতি নিবারণ অভিপ্রায়ে, অনেক রোগী আমাদের নিকট পরামর্শ জিজ্ঞাসা করিতে আইসে। আঘাত লাগিবার পরক্ষণেই, যখন আঘাতিত স্থানের শিথিল কৌষিক-ঝিল্লীতে অধিক পরিমাণে রক্ত উৎপ্রবেশিত হইয়া পড়ে নাই, তখন যদি রোগী আমাদের নিকট আইসে, তবে আমরা ৮ ভাগ জলের সহিত সংমিলিত ১ ভাগ টিংচার অব্ আর্ণিকার একখণ্ড লিণ্ট্ সমার্দ্র করতঃ, উক্ত আঘাতিত স্থানে প্রদান করিয়া, আর অধিক ইকিমোসিস্ আবির্ভূত হইতে সম্পূর্ণ বাধা দিতে পারি। "এইরূপ হইলে, উৎপ্রবিষ্ট রক্ত চতুষ্পার্শ্বে আশোষিত হইয়া যায়, বর্ণের বিকৃতি নিবারিত এবং যন্ত্রণা ও কাঠিন্য শান্তিপ্রাপ্ত হয়;" * অথবা এই চিকিৎসায় মিউরিয়েট্ অব্ অ্যামোনিয়া সলিউশন্, অ্যাসিটেট্ অব্ লেড্ সলিউশন্, বা বরফ ব্যবহৃত হইতে পারে। যাঁহা হউক, এইরূপ অবস্থায় অক্ষিপুট সতত বিশ্রান্তভাবে মুদিত করিয়া রাখা অত্যাবশ্যক।

---

* "Elements of Materia Medica," by W. Frazer, 2nd edit., p. 278.

অক্ষিপুটের ইকিমোসিস্ অপেক্ষাকৃত গুরুতর অপায়ের দূরফল স্বরূপ হইতে পারে। এই গুরুতর অপায়ে যখন মস্তকে আঘাত লাগিয়া অক্ষি-কোটরপ্রাচীরের এক বা তদধিক উপাদেয় অস্থি ভগ্ন (Fracture) হয়, তখন এই ইকিমোসিস্ উক্ত রোগের ভয়ানক চিহ্নস্বরূপ হইয়া উঠে। এইরূপ স্থলে আদিম অপায়ের অবস্থান, অক্ষিপুটের স্ফীত ও কৃষ্ণ-রক্ত আভা এবং ইকিমোসিসের ক্রমবর্দ্ধন, এই সকল দ্বারা আঘাতের গুরুতর প্রকৃতি সুস্পষ্ট অনুভূত হয়। এই আঘাতে অস্থি ভগ্ন হইলে, রক্ত, আক্ষিক কন্‌জাংক্‌টাইভার নিম্নে অক্ষিপুটের কৌষিক-ঝিল্লীতে উৎপ্রবেশ (Effuse) করে। অতএব ইহা দেখা যাইতেছে যে, যদি অক্ষিকোটরের অধঃপ্রাচীর ভগ্ন হয়, তবে অক্ষিগোলকের অধার্দ্ধমণ্ডলীয় কন্‌জাংক্‌টাইভার তলভাগে এবং অধাক্ষিপুটে, প্রথমতঃ ইকিমোসিস্ প্রকাশিত হয়। তদ্রূপ, যেখানে ফ্রণ্ট্যাল্ বোনের অর্ব্বিট্যাল্ প্লেট্ অর্থাৎ ললাটাস্থির অক্ষিকোটরাধার ভগ্ন হয়, সেখানে উহা, ঊর্দ্ধাক্ষিপুটে ও কন্‌জাংক্‌টাইভার ঊর্দ্ধদেশে প্রথমে প্রকাশিত হয়। যাহা হউক, এইরূপ উদাহরণে ইকিমোসিস্ কোন প্রকার গুরুতর বিষয় নহে; তবে উহা দ্বারা কেবল আঘাতের গূঢ়প্রকৃতি অবগত হওয়া যায় বলিয়া, তদ্বিষয়ে মনোযোগ দেওয়া অত্যাবশ্যক।

ছিন্নাঘাত।——সামান্য আঘাত লাগিয়া অক্ষিপুট ছিন্ন হইলে, আঘাতিত স্থানের প্রান্ত এক বা তদধিক রেসমের বা রৌপ্য তারের সূচার্ দ্বারা একত্র সম্বদ্ধ করিয়া, পরে তথায় শীতল জলের পটি সংলগ্ন করিতে হয়। দুই বা তিন দিবস পরে সূচারগুলি বহিষ্কৃত করা যাইতে পারে; কিন্তু তখন পর্য্যন্তও অক্ষিপুট মুদ্রিত রাখিয়া, কম্প্রেস্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা উক্ত অংশ সম্পূর্ণ বিশ্রান্ত রাখা সর্ব্বতোভাবে পরামর্শসিদ্ধ। এইস্থলে ইহাও বলা বাহুল্য যে, অক্ষিপুটের এই কর্ত্তন বাহ্যতঃ দেখিলে সামান্য বলিয়া বোধ হইতে পারে; কিন্তু হয় ত উহা অক্ষিকোটরে গভীররূপে প্রবিষ্ট আঘাতের বহিঃস্থ চিহ্ন মাত্র। এইরূপ স্থলে ব্যগ্র হইয়া সত্বর মঙ্গলজনক ভাবিফল প্রকাশ করা কোনমতেই বৈধ হয় না।

লিভেটর্ প্যাল্‌পিব্রি পেশীর সূত্র সকল বিভাজিত করিয়া অক্ষিপুট ছিন্ন হইলে, উক্ত পেশীর কার্য্যাদি বিনষ্ট হইতে পারে, সুতরাং তাহা হইলে,

রোগীর অক্ষিপুট উত্তোলিত করা অসম্ভব হইয়া উঠে। কোন২ স্থলে অক্ষিপুট অথবা সুপ্রা-অর্বিটাল্ প্রদেশ নিম্পিষ্ট বা অস্ত্রাঘাত দ্বারা অপায়গ্রস্ত হইলে, লিভেটর্ প্যাল্পিব্রি পক্ষাঘাতিত হইয়া পড়ে। আর কোন স্থলে কেবল টোসিস্ বা অক্ষিপুটের পতন হয় এমত নহে, উক্ত চক্ষুর দৃষ্টির ও ক্রমশঃ হানি হইয়া আইসে। এই বিষয় স্পষ্ট করিয়া বুঝাইবার নিমিত্ত, আমরা সাহস করিয়া বলিতে পারি যে, পঞ্চম স্নায়ুর কোন কোন শাখা অপায়গ্রস্ত হইয়া থাকে; তদ্দ্বারা তথা হইতে অফ্থ্যাল্মিক্ গ্যাংলিয়ন্ এবং ক্যারোটিড্ প্লেক্সসে উত্তেজনা আসিয়া, পরিশেষে সমবেদন স্নায়ুকেও পীড়িত করে। এইরূপ ঘটনা হওয়ায়, উক্ত স্নায়ুর কৈশিক নাড়ী মণ্ডলে দীর্ঘস্থায়ী রক্তপূর্ণ অবস্থা সংঘটিত হইয়া ও তদবস্থা দ্বারা স্নায়ুর ভৌতিক উপাদান সকল পরিপোষণ-রহিত হইয়া, উহাদের শুষ্কতা প্রাপ্ত হয়; এবং তদ্দ্বারা প্রাগুক্ত ফলোৎপত্তি হইয়া থাকে। যাহা হউক, এই বিষয় স্মরণ রাখা উচিত যে, অক্ষিপুটের যে সকল অপায় বাহ্যদর্শনে সামান্য বলিয়া বোধ হয়, তদ্দ্বারা কখন২ লিভেটর্ প্যাল্পিব্রি, অর্থাৎ পুটীয় লিভেটর্ বা ঊর্দ্ধাকর্ষক পেশীর পক্ষাঘাত, অথবা অপায়িত চক্ষুর দৃষ্টি, সম্পূর্ণ বিনাশিত হইতে পারে। চক্ষুতে মুষ্ট্যাঘাত বা পতন হইলে রেটিনার পার্থক্য জন্য রোগে কএরূপ প্রকার উদাহরণের সহিত ভ্রম করা উচিত নহে। প্রথমোক্ত স্থলে চক্ষুতে মুষ্ট্যাঘাত বা পতন হইলেই দৃষ্টিহানি ঘটে, এবং অফ্থ্যাল্মস্কোপ্ দ্বারা অপায় প্রকৃতি বুঝিতে পারা যায়।

অক্ষিপুটের আঘাত হইলে, আঘাতের ছিন্ন প্রান্ত একত্র করা, কিঞ্চিৎ কষ্টকর বোধ হয়। অগ্রে বাহ্য-পদার্থ সকল, অথবা নির্গত গাঢ়রক্তপিণ্ড ধৌত ও ছিন্ন প্রান্ত সকলকে সম্ভবতঃ একত্র সমবেত করিয়া, সুচার্ দ্বারা মুখ সম্বদ্ধ করিতে হয়। নতুবা পরিশেষে অসুন্দর বা দুরবিস্তৃত ক্ষতচিহ্ন হইয়া ও সেই ক্ষতকলঙ্ক পরিশেষে সঙ্কুচিত হওতঃ, অক্ষিপুটকে অল্প বা অধিক পরিমাণে উল্টাইয়া রাখে। কখন২ এই সকল বাহ্যিক সামান্য বিষয়ে মনোযোগ না করায়, ছিন্নপ্রান্ত একত্রীভূত হইতে পারে না; এবং রোগোপশম হইয়া পরিশেষে একটী দীর্ঘ ছেদ বা ক্ষুদ্র গহ্বর অক্ষিপুটে অবশিষ্ট থাকে। *

* Lawrence "On Diseases of the Eye," 2nd edit, p. 89.

দগ্ধ (Burns)।——অক্ষিপুট কখনং অগ্নি, বারুদ অথবা অন্য কোন প্রকার অগ্নিভোজ্য দ্রব্যের সহসা বিস্ফাটন দ্বারা বিকৃত অবস্থাপন্ন হইয়া থাকে। এই সকল স্থলে যাহাতে ক্ষত চিহ্ন সহসা উৎপন্ন ও সঙ্কুচিত হইতে না পারে, তদ্বিষয়ে সম্ভবতঃ যত্ন করা উচিত; নতুবা ক্ষত স্থানে ঔষধাদি প্রলেপন করিতে সাতিশয় যত্ন না করিলে, উহা অবশ্যই সঙ্কুচিত হইয়া যায়। কার্বলিক্ য়্যাসিড্ মিশ্রিত তৈল বা গ্লিসিরীনে একখণ্ড লিণ্ট্ সমার্দ্র করিয়া উক্ত ক্ষত স্থানে প্রদান কবিতে হয়; এবং যতদিন পর্য্যন্ত ক্ষত শুষ্ক না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত অক্ষিপুট অক্ষিগোলকের উপরিভাগে বিস্তৃতভাবে রাখিবাব জন্য কম্প্রেস্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ দ্বাবা সমাবদ্ধ রাখা উচিত। দিবসে দুই বা তিন বার করিয়া ঔষধ বিলেপনাদি করা এবং মধ্যেং ক্ষত স্থান উষ্ণ জল দ্বারা ধৌত কবা, বিধেয়। কিন্তু ক্ষত স্থান যাহাতে পরিষ্কার দেখায়, তন্নিমিত্ত সাতিশয় ব্যগ্র হইলে, সচবাচর মন্দ ফলোৎপত্তিই হইয়া থাকে। এইরূপ স্থলে ক্ষত স্থানের উপবিভাগ স্পঞ্জ্ বা আর্দ্র চীরবাস দ্বাবা ঘর্ষণ বা মর্জ্জন করা কোনমতেই বিধেয় নহে; কেবল প্রাতঃসন্ধ্যা দুইবার করিয়া বিলেপন ঔষধ পবিবর্ত্তন করিয়া, প্যাড্ ও ব্যাণ্ডেজ্ দ্বাবা সমাবদ্ধ করিয়া রাখিলেই যথেষ্ট হয়।

অক্ষিপুটদ্বযেব প্রান্তভাগ হইতে যদি এক পর্দা পাতলা ত্বক্ উন্মোচিত হইয়া যায়, তবে তাহাদেব পবস্পব সংলগ্ন হইবার অনেক সম্ভাবনা আছে; বিশেষতঃ উহাদের অন্তব ও বহিরপাঙ্গ প্রদেশ প্রায়ই সংমিলিত হইতে পারে। এইরূপ স্থলে চক্ষু সতত উন্মীলিত কবা, এবং,যতদুব সম্ভব, অক্ষিপুটদ্বয়কে পরস্পর পৃথক্‌ভূত বাখা, উচিত। ইহাতে বদি কোন স্থান সংযোজিত হইয়া থাকে, তবে তাহাও বিচ্ছিন্ন হইয়া যাইবে। সমভাগ গ্লিসিরীন্ এবং ষ্টার্চ একত্রে উত্তপ্ত করিয়া যে মলম প্রস্তুত হইয়া থাকে, তাহা অথবা ক্যাকোয়া বটার্ বা তদ্রূপ আর কোন দ্রব্য, যাহার কোন উত্তেজক গুণ নাই, তাহা অক্ষিপুটদ্বয়ের প্রান্তভাগে সংলিপ্ত করিতে হয়; করিলে অক্ষিপুটদ্বয়ের অপক্ক প্রান্ত পরস্পর সংযোজিত হইতে পারে না। অধিকাংশস্থলে যাহাতে অনাবৃত অক্ষিপুট তদাবরক চর্ম্মের সহিত কোন প্রকার রাসায়নিক (Chemical) বা যান্ত্রিক পদার্থ (Mechanical Agents) দ্বারা ক্ষতিগ্রস্ত না হয়, তৎপ্রতিবিধানে কম্প্রেস্ ব্যবহার করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

অক্ষিপুট-প্রদাহ।

ইরিসিপিলাস্ (Erysipelas)।—— অক্ষিপুটের চর্ম্ম ফ্লেগ্‌মোনস্ অথবা ইরিসিপিলেটস্ প্রদাহ সমাযুক্ত হইয়া থাকে। এই শেষোক্ত প্রদাহ, সাধারণতঃ ঠাণ্ডায় অবস্থান অথবা অশ্রুথলীর (Lachrymal sac) পূয়োৎপত্তির পরবর্ত্তী হইয়া, চতুস্পার্শ্ববর্ত্তী স্থান সকল হইতে দূরবিস্তৃত হয়।

এই সকল স্থলে অক্ষিপুট আরক্তিম ও স্ফীত এবং প্রসারিত হয়, এবং প্রদাহিত চর্ম্মের উপরিভাগে প্রায়ই কতকগুলি ক্ষুদ্র২ ভেসিকেল্ বা ফোস্কা সমুৎপন্ন হইয়া থাকে। পরে তাহারা বিস্ফুটিত হইয়া তন্মধ্য দিয়া মাস্তক ক্লেদরস (Sero-purulent fluid) বিনিঃসৃত হইয়া থাকে। রোগী ঐ স্থানে সুড়সুড়ানি ও দাহকর বেদনা অনুভব করে; এবং অক্ষিকোটরের কৌষিক-বিধান আক্রান্ত না হইলে, আর কোন প্রকার গভীর যাতনা অনুভব করে না। অধিকাংশ স্থলে প্রদাহ ক্রিয়া সত্বর শান্তিপ্রাপ্ত হয়; সুতরাং তত্তৎস্থলে পীড়িত অংশ পূর্ব্ববৎ প্রকৃত অবস্থাপন্ন হয়। কিন্তু গুরুতর স্থলে কৌষিক-বিধান বিগলিত হইয়া খণ্ড২ রূপে বহির্গত হয়। ইহাতে প্রায়ই অক্ষিপুটের পৈশিকযন্ত্র বিকৃত হইয়া পড়ে; কিম্বা চর্ম্মের কিয়দংশ বিনষ্ট হইয়া এক্ট্রোপিয়ম্ (Ectropium) রোগের উৎপত্তি হয়; অর্থাৎ অক্ষিপুট সম্মুখদিকে উল্টাইয়া আইসে।

চিকিৎসা।——অক্ষিপুটের ইরিসিপিলেটস্ প্রদাহের প্রথমাবস্থায়, নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার্ সলিউশন্ (১ ঔন্স জলে ১ ড্রাম) চর্ম্মের উপরিভাগে বিলেপন করা যুক্তিসঙ্গত। প্রদাহ ক্রিয়া অধিকতর দূর পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারিবে না বলিয়া, উক্ত বিলেপন প্রদাহ-সীমাতীত স্থানেও প্রলেপিত করিতে হয়। তৎপরে তথায় শীতল জলের পটী সংলগ্ন করাইতে পারে। আর যদি উহাতে পূয়োৎপত্তি হয়, তবে অক্ষিপুটের চর্ম্ম ও কৌষিক বিধানে অস্ত্র করিয়া, তৎস্থানে পোল্‌টিস্ প্রদান করা উচিত। আঘাতিত স্থানের চতুস্পার্শ্ববর্ত্তী চর্ম্মে, প্রথমতঃ টিংচর্ অব্ মিউরিয়েট্ অব্ আইরণ্ দ্বারা প্রলেপিত করা এবং পরে উহা সেবন করাও উচিত। যাহা হউক, পূর্ব্বোল্লিখিত অক্ষিকোটরের কৌষিক-ঝিল্লীর ইরিসিপিলাস্ রোগের ন্যায় ইহাতেও টিংচর্ অব্ সেস্‌কি ক্লোরাইড্ অব্ আইরণ্ ষ্টিম্যুলেণ্ট্‌স্ বা উত্তেজক ঔষধ এবং বীফ্-টী ব্যবস্থা করা অতীব প্রয়োজনীয়।

অক্ষিপুটে এবম্বিধ গুরুতর ইরিসিপিলাস্ রোগ অতি কদাচিৎ আবির্ভূত হইয়া থাকে; কিন্তু উহা আবির্ভূত হইলে, প্রায়ই নিকটবর্ত্তী নির্ম্মাণে বিস্তৃত হইয়া, অক্ষিকোটরাভ্যন্তরীণ পদার্থ সমূহকে পীড়িত করত, স্ক্যাল্প্ (Scalp) পর্য্যন্ত প্রসৃত হয়। যাহা হউক, এবম্বিধ স্থলে, রোগের প্রথমাবস্থায় পীড়িত স্থানে নাইট্রেট্ অব্ সিল্ভার্ প্রলেপিত করিলে, নিশ্চয়ই পীড়ার বৃদ্ধি স্থগিত হইয়া যায়।

ফ্লেগ্মোনস্ (Phlegmonous) প্রদাহ।——এই প্রদাহ সর্ব্বদা ঊর্দ্ধাক্ষিপুট আক্রমণ করিয়া থাকে। ইহাতে অক্ষিপুট আরক্তিম ও স্ফীত এবং মাংস কঠিন হইয়া যায়; এবং এতদবস্থাপন্ন হইলে উহাতে ভয়ানক কষ্ট প্রদান করে; কিন্তু পরিশেষে যখন কিছুদিনের পর উহাতে পূয়োৎপত্তি হইয়া বহির্দ্দেশে স্ফোটকাকারে পরিদর্শিত হয়, তখন উহা বিদীর্ণ হইয়া, অভ্যন্তরস্থ পদার্থ সকল নিঃসৃত করত, রোগীর কষ্টভার লাঘব করে, এবং রোগ লক্ষণ সকল সত্বর অপনীত হইতে থাকে।

চিকিৎসা।——এই রোগের প্রথমাবস্থায় পীড়িত স্থানে উগ্র নাইট্রেট্ অব্ সিল্ভার্ সলিউশন্ প্রলেপন করিলে, রোগের প্রকোপ নিবারিত হইয়া আইসে। কিন্তু যদি উহাতে অনিবার্য্য পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকে, তবে পোল্টিস্ প্রদানানন্তর সত্বর উক্তস্থানে অস্ত্র করা বিধেয়। সত্বর অস্ত্র নিমজ্জিত করিবার প্রধান উদ্দেশ্য এই যে, তদ্দ্বারা পূয অক্ষিপুটের কৌষিক-ঝিল্লী বিনষ্ট করিতে বা তন্মধ্যে গহ্বরিত হইতে পারে না; বরঞ্চ অস্ত্রোপাচার না হইলে, প্রাগুক্ত বিষয় সকল সংঘটিত হইয়া, বৃহৎ ক্ষতকলঙ্ক এবং একট্রোপিয়ম্ রোগের আবির্ভাব হইতে পারে। যাহা হউক, এইরূপ প্রকার স্ফোটকে অস্ত্র নিমজ্জিত করিবার সময়, অন্তর্দিক হইতে বহির্দ্দিক পর্য্যন্ত অর্থাৎ নাসাদিক হইতে কর্ণাভিমুখে, অর্ব্বিকিউল্যারিজ্ পেশীর সূত্রচয়ের অনুযায়ী অস্ত্র করা পরামর্শসিদ্ধ।

ঔপদাংশিক ক্ষত (Syphilitic Ulceration)——প্রাথমিক বা গৌণ সিফিলিস্ হইতে ঔপদাংশিক ক্ষত জন্মিতে পারে। কন্জংটাইভায় ভিরাস্ লাগাইলে, প্রথমে উক্ত স্থলে, রোগ, সচরাচর, ঐ স্থান হইতেই আরম্ভ হইয়া, ক্রমে চর্ম্ম এবং পরিণামে অক্ষিপুটের অন্তঃস্তর পর্য্যন্ত আক্রমণ করে।

সাধারণতঃ অক্ষিপুটের ঔপদাংশিক ক্ষত, গৌণ উপদংশ কারণেই, উৎপন্ন হইয়া থাকে*। আমি এরূপ কতকগুলি অভ্রমাত্মক স্থল দেখিয়াছি, যাহাতে অক্ষিপুটের অধিকাংশ ভাগ বিনষ্ট না হইলে, এইরূপ রোগের প্রকৃতি বিশেষ রূপ অবগত হওয়া যায় নাই। এই সকল অবস্থায়, ক্ষত, সচরাচর অক্ষিপুটের প্রান্তভাগ হইতেই আরম্ভ হয়। প্রথমতঃ কেবল অক্ষিপুটের চর্ম্ম আক্রান্ত হয়, কিন্তু কিছুকাল বিগত হইলে পুটোপাস্থি এবং অন্যান্য নির্ম্মাণও আক্রান্ত হয়; এবং এইরূপে অক্ষিপুটের সমুদায় বেধ ক্ষতসমবেত হইয়া পড়ে। ক্ষত স্থানের প্রান্তভাগ উল্টাইয়া যায়, ও সমধিক পুষ্ট হয়, এবংতদুপরি হইতে অবিরত রক্তাক্ত ক্লেদবস বিনির্গত হইতে থাকে।

এই রোগে যাতনার আধিক্য নাই, এবং মৃদুমৃদুরূপে রোগ বৃদ্ধি প্রযুক্ত, রোগী উক্ত পীড়িত স্থানে কদাচিৎ কষ্ট অনুভব ও প্রকাশ করে। কিন্তু রোগাক্রান্ত হইবার সময় রোগী দুর্ব্বল ও শীর্ণ বিশীর্ণ হইলে, সত্বর রোগের বৃদ্ধি হইয়া, সমুদায় অক্ষিপুট, পীড়িত হওতঃ, ভয়ানককষ্ট প্রদানকরে। কোন কোন স্থলে বাহ্য চর্ম্মমাত্র ক্ষতাক্রান্ত হয়, এবং তত্তৎস্থলে পীড়া দীর্ঘস্থায়ী হইয়া কোন প্রকার যাতনা প্রদান করে না। অতএব যে স্থলে রোগী দীর্ঘস্থায়ী অথচ সত্বর বর্দ্ধমান অক্ষিপুটের ক্ষত রোগ সম্ভোগ করিতে থাকে, এবং যন্নিবারণে সাধারণ ঔষধাদি বিফল হইয়া যায়, তথায় উপদংশ পীড়াই এই রোগের কারণ বলিয়া অনুমিত হয়। রোগের পূর্ব্ব বৃত্তান্ত এবং আনুষঙ্গিক লক্ষণ সকল দ্বারা আমরা রোগ নির্ণয় করিতে পারি।

চিকিৎসা।——অনেকানেক চিকিৎসকেরা বলেন যে, প্রাথমিক কিম্বা গৌণ যে কোন উপদংশ কারণে হউক না কেন, এই পীড়ায় সাবধান পূর্ব্বক রোগীকে ন্যায়মত মার্করি ব্যবহার করান সংব্যবস্থা। প্রাথমিক উপদংশজনিত হইলে, বিশেষতঃ রোগীর শারীরিক অবস্থা অত্যন্ত দুর্ব্বল থাকিলে, সচরাচর এইরূপ মার্করি ব্যবহার করা কোন মতেই পরামর্শসিদ্ধ হয় না; এবং তত্তৎস্থলে গ্রন্থকর্ত্তার মতে, উত্তম খাদ্য, সৎপথ্য, কড্ লিভার্ অইল, বিশুদ্ধ বায়ু সেবন এবং ব্যায়াম, মার্করি ব্যবহারাপেক্ষা রোগোপশম

*Lawrence "On Diseases of the Eye," 3rd edit, p. 108.

করিতে সমধিক উপকারক ও প্রয়োজনীয় হইয়া থাকে। যাহা হউক, যখন কোন প্রকার বিশেষ চিকিৎসার প্রয়োজন হইয়া পড়ে, তখন হাইড্রর্জ্ কম্ ক্রিটা, সোডা ও কুইনাইনের সহিত একত্র করিয়া সেবন করা, ও পরে উহার কার্য্যাদি সযত্নে অপেক্ষা করা যুক্তিসঙ্গত। ইহাতে যখন পূর্ব্ব ব্যবহৃত মার্করি শরীরে কার্য্যকর হইয়াছে বলিয়া দৃষ্ট হইবে, তখন তদ্ব্যবহার স্থগিত রাখিবে। মার্করি ব্যবহার করিতে হইলে মার্করির বাম্পগ্রহণ (ভাপ্‌রা) করা অনেক কারণে বাঞ্ছনীয় হইয়া থাকে। কিন্তু এই বাম্পগ্রহণে কথন কথন সর্ব্বশরীর ক্লান্ত হয় এবং ক্রমশঃ চর্ম্মের ক্রিয়াধিক্য হইতে থাকে; সুতরাং রোগী পূর্ব্বে ক্ষীণ ও দুর্ব্বল হইয়া পড়িলে, এইরূপ বাম্প গ্রহণ করা কখনই যুক্তিযুক্ত বোধ হয় না। এইরূপ অবস্থায় যতদিন পর্য্যন্ত ক্ষত সুস্থ অবস্থা ধারণ না করে, ততদিন পর্য্যন্ত মার্করি ঘটিত মলম রোগীর বাহুমূলে এবং উরুদেশে প্রাতঃ-সন্ধ্যা দুইবার করিয়া মর্দ্দন করিতে হয়। ক্ষত স্থানের এই সুস্থাবস্থা, শরীরে মার্করি কার্য্যকর হইবার পূর্ব্বেই সচরাচর দৃষ্ট হইয়া থাকে।

ক্ষতস্থানে প্রদানের নিমিত্ত যে সকল স্থানীয় প্রলেপনৌষধ ব্যবহার করা হইয়া থাকে, বোধ হয় তন্মধ্যে ৫ গ্রেণ্ কার্বলিক্ য্যাসিড্ ও ১ ঔন্স গ্লিসিরীণ মিশ্রিত লোশন্ সর্ব্বাপেক্ষা উপযোগী। কথন কথন ব্ল্যাক্ওয়াশ্ ব্যবহার করা উত্তম বোধ হইয়া থাকে; অথবা ১০ গ্রেণ্ সল্‌ফেট্ অব্ কপার্ ও ১ ঔন্স সিম্পল্ অয়েন্ট্‌মেন্ট্ একত্র করিয়া প্রদান করাও কথন কথন অতিশয় প্রয়োজনীয় হইয়া উঠে।

সুবিধা হইলে বায়ু ও স্থান পরিবর্ত্তন করা সর্ব্বদা বিধেয়; কারণ রোগী সর্ব্বদা, বিশেষতঃ এই চিত্তবৈকল্যের হেতু বিজ্ঞাত হইলে, ভয়ে ও দুঃখিত চিত্তে কালযাপন করিতে থাকে; সুতরাং স্থান ও কার্য্যাদি পরিবর্ত্তন দ্বারা নানাবিধ পদার্থে চিত্তাকর্ষণ ভিন্ন, তাহাকে পীড়া বিষয়ক গাঢ় চিন্তা হইতে প্রতিনিবৃত্ত করিবার কোন উপায়ান্তর নাই।

উপদংশ রোগাক্রান্ত জনক জননী সম্ভূত একমাস বা তদনধিককালবয়স্ক সন্তানেরা, কখন কখন তাহাদের মুখচ্ছিদ্রের কোণে, অক্ষিপুট ও গুহ্যদেশে পষ্টিউলার্ ইরপ্‌শন্ (Pustular eruption) বা পূয়বটী-নির্গমন দ্বারা সংপীড়িত হইয়া থাকে। এই ব্রণ সকল বিদীর্ণ হওতঃ আমড়িপাত্ এবং ঐ আমড়ি-

পাতের অধোভাগে একটী অলসপ্রকৃতিক (Indolent) ক্ষত দৃষ্ট হয়। এই সকল শিশুরা সচরাচর দেখিতে অতিশয় ক্ষুদ্র, খর্ব্বকায় ও শীর্ণমুখ; উহাদের জীবন রক্ষা করা অতীব কঠিন হইয়া থাকে। যদি সবলা দুগ্ধবতী ধাত্রী তাহাদের রক্ষণাবেক্ষণ করে, তবেই উহাদের জীবন রক্ষা পাইতে পারে, এবং যখন কিঞ্চিৎ সুবিধা বলিয়া বোধ হইবে, তখন এক রাত্রি অন্তর উহাদের বাহুমূল ও উরুদেশ নীল মার্কুরিয়্যাল্ অয়েণ্ট্‌মেণ্ট্ দ্বারা বিনির্ম্রিষ্ট করিতে হয়। ক্ষতস্থানের অবস্থা কিঞ্চিৎ উত্তম বোধ হইলে, শরীরে ঔষধের ফল দর্শিয়াছে বলিয়া বোধ হয়, সুতরাং ক্ষত স্থান আরোগ্য হইতে আরম্ভ হইলেই উক্ত অলম্ ব্যবহার রহিত করা উচিত।

হার্পিজ্‌জোষ্টার্ (Herpes zoster.)। শরীরের অন্যান্য অংশের চর্ম্মের ন্যায়, অক্ষিপুটের চর্ম্মও, কখন২ ইম্পেটিগো, কুষ্ঠ, ভিটিলিগো, এক্‌জিমা ও হার্পিজ্‌দ্বারা, আক্রান্ত হইয়া থাকে। শেষোক্ত পীড়া ব্যতীত আর২ ব্যাধির বিশেষ বর্ণনা অনাবশ্যক; এই পীড়ায়, চক্ষুর গভীরতর নির্ম্মাণ সকল, মাঝে২, আক্রান্ত হয়।

হার্পিজ্ জোষ্টারকে, অক্ষিপুটপ্রদাহ বলিয়া, লোকে, অনেক সময়, ভুল করিয়া থাকে। পঞ্চম স্নায়ুর অফ্‌থ্যাল্‌মিক্(Ophthalmic) ভাগ দ্বারা যে চর্ম্মাংশ উৎপন্ন হয়, তথায়ই কেবল মাত্র স্ফীতির আবির্ভাব প্রযুক্ত, হার্পিজ্ ফ্রণ্ট্যালিস্, সর্ব্বদা, মধ্যরেখার এক পার্শ্ব মাত্র, অধিকার করে; এই হেতু, রোগীর কপালদেশে, কদাচ, ভেসিকুলস্ (Vesicles,) জন্মায় না। শুভ্রব্রণ (pustules) গুলি, ক্ষুদ্র ও অনেক; তাহারা পরস্পর যুড়িয়া যাইলে, তাহাদের ভিতর শুকাইয়া, সচরাচর, একটী স্তর পড়িয়া যায়; পরে উক্ত স্তর লুপ্ত হইলে, বসন্তরোগে যে রূপ দৃষ্ট হয়, অনেকটা ঐরূপ ক্ষত-চিহ্ন থাকিয়া যায়। ইরিসিপিলাস্ অপেক্ষা হার্পিজ্ রোগে, অল্প, স্বাস্থ্যগত বিকার, হইয়া থাকে। পক্ষান্তরে, রোগী এক অনির্ব্বচনীয় জড়তা দ্বারা আক্রান্ত হয়; এইরূপ অবস্থা, উচ্ছ্বাসের (Eruption) পূর্ব্ববর্ত্তী, এবং, অনেক সময়, দুঃসহ যাতনা প্রদান করে; যাতনা, বর্দ্ধিত হইয়া, প্রদাহকর স্ফুটনের অনেক পরেও অনুভূত হইতে থাকে; উহা, কিন্তু, মধ্যরেখা অতিক্রম করে না। হার্পিজ্ জোষ্টার্ রোগে, অনুভাবকস্নায়ুগুলির প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখা উচিত; ঠাণ্ডা বা ঐরূপ কোন

কারণে, পঞ্চম -স্নায়ুর পরিধির অংশ উত্তেজিত হয়, এবং 'উক্ত স্নায়ুসম্বন্ধ চর্ম্ম-সূত্রের নাড়ীগত উত্তেজনা প্রসৃত হইলে, উচ্ছাস আরম্ভ হয়'। চর্ম্মের নীচে (যথা, যতদূর সম্ভব, সুপ্রা-অর্বিট্যাল্ ফোরামেনের নিকট) অ্যাট্রোপিন্ বা মর্‌ফিয়া অন্তর্নিবিষ্ট করিলে, এই সকল স্থলে, অসহ্য যন্ত্রণা সুচারুরূপ নিবারণ করা যাইতে পারে। রোগীকে, বেলেডোনার সার ও সাল্‌ফেট্ অব্ কুইনাইন্ সেবন করান——এবং চর্ম্মের প্রদাহিত অংশোপরি, আসিটেট্ অব্ লেড্‌লোসান্ লাগান—বিধেয়। কোন২ স্থলে এসকল উপায়ে বেদনা নিবারণ করা যায় না; এজন্য কেহ২, স্নায়ুর এক বা ততোধিক শাখা বিযুক্ত করা, ভাল বিবেচনা করেন——এই প্রণালীর চিকিৎসা, এরূপ পীড়াস্থলে, ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা, কখন, অবলম্বন করেন নাই।

মিঃ হাচিন্‌সন্ বলেন ঃ——কপাল মাত্র আক্রান্ত হইলে, ঊর্দ্ধাক্ষিপুটে উচ্ছাস হওয়া সত্ত্বেও, অক্ষি, পীড়িত হয় না। নাসিকার ঊর্দ্ধাংশে উচ্ছাস হইলে, অল্প আইরিটিস্ জন্মে; অগ্রভাগে হইলে, চক্ষু, ভয়ানক পীড়িত, হয়। তিনি বলেন——এইরূপ তারতম্যের কারণ, পঞ্চম স্নায়ুর অফ্‌থ্যাল্‌মিক্ ভাগ বিভেদ, এই রোগ, ঐ সকল ভাগে, অবস্থান করে। যে শাখায় নাসিকার অগ্রদেশ হইয়াছে, সেখান হইতেই, অফ্‌থ্যাল্‌মিক্ গ্যাংগ্লিয়ন্ ও অক্ষির নির্ম্মাণ সকল উৎপন্ন হইয়াছে।* পীড়ার তীব্র লক্ষণ সকল অন্তর্হিত হইলে, সচরাচর, কৃষ্ণ-রক্তবর্ণ ক্ষত কলঙ্ক সমূহ থাকিয়া যায়; তদ্দ্বারা কোন্ স্থানে উচ্ছাস হইয়াছে, বলা যাইতে পারে। তাহাদের বর্ণ, তাহাদের চতুষ্পার্শ্বস্থ বর্ণের সহিত মিশিয়া যায়; কিন্তু, বসন্তরোগ জাত ক্ষতকলঙ্কের ন্যায়, উক্ত কলঙ্ক সকল চিরদিন থাকিয়া যায়।

ক্রম্‌হাইড্রোসিস্ (Chrom-hydrosis.)—অনেকে অনুমান করেন—অক্ষিপুটের উপরিদেশ হইতে নীল (Indigo) বর্ণ পদার্থ নির্গত হয়, ঐ নির্গমন জন্য, ক্রম্‌হাইড্রোসিস্, হইয়া থাকে। তৈল বা গ্লিসিরিন্ দ্বারা, উক্ত রংগিল পদার্থ, অনায়াসেই, অপসরণ করা যায়, জল দ্বারা, এ অভিপ্রায়, সিদ্ধ হয় না। যাহাদের ঋতুনির্গমন বিশৃঙ্খল হইয়াছে, এমত স্ত্রীলোকেরই প্রায় এই রোগ হইয়া থাকে; রোগ হইলে, উহাদের সাধারণ স্বাস্থ্য, ন্যূনাধিক, দূষিত হয়।

* Med. Times and Gazette, Oct. 19th, 1867, p. 432, see also remarks and cases by Mr. Bowman, *Oph. Hosp Reports*, vol. vi. p. 1, 1867.

এরূপ প্রকারের একটী আশ্চর্য্য স্থল, ওয়ার্লোমণ্ট সাহেব, বর্ণন করিয়াছেন;* এস্থলে অতি সযত্নে পরীক্ষা করা হয়, এবং যাহাতে রোগী রোগ লক্ষণ নির্দ্দেশ করিতে ভুল না করে, তদ্বিষয়ে যত্নের ত্রুটি হয় নাই ; তথাপি ফল, সন্তোষ কর হয় নাই ; উক্ত উদাহরণকে, এই অদৃষ্টপূর্ব্ব পীড়ার অস্তিত্বের, নিঃসন্দিগ্ধ প্রমাণ, বলা যাইতে পারে না—এমন কি এখনও পর্য্যন্ত লোকের এবিষয়ে সন্দেহ আছে। অনেক অস্ত্র-চিকিৎসকের মতে (গ্রন্থকর্ত্তারও এই মত), হিষ্টিরিয়া রোগাক্রান্ত ব্যক্তিরা, স্বয়ংই, ক্রম্‌হাইড্রোসিস্ রোগের সৃষ্টিকর্ত্তা; রংঙিল পদার্থ, তাহারা, নিজের হস্তেই লাগাইয়া দেয়—— উহা, অক্ষিপুটের চর্ম্ম হইতে নির্গত হয না।

জ্যান্‌থিল্যাস্‌মা-প্যাল্‌পিব্রেরাম্ (Xanthelasma Palpebrarum) এই সকল পীতবর্ণ খণ্ড, প্রায়, অক্ষিপুটের অন্তঃকোণের নিকট, দেখা যায়——উহারা রোগীকে বিস্তর ক্লেশ দেয়। অনেক দিন হইল, এই বিষয়ে হাচিন্‌সন্ সাহেবের মনোযোগ আকৃষ্ট হয। তিনি নিম্নলিখিত সিদ্ধান্তে উপনীত হইযাছেন : —

শিশুরা, কথন, জ্যান্‌থিল্যাস্‌মা-দ্বারা আক্রান্ত হয় না, যৌবনে ও বৃদ্ধবয়সেই প্রায, এই রোগের প্রাদুর্ভাব।

যে স্থলে রোগ কঠিন হয, এমতস্থলে (এরূপ স্থল অতি কম) স্থাবা ও লিবার্-বৃদ্ধি হইয়া থাকে।

স্থাবার আকৃতি, অদৃষ্টপূর্ব্ব , চর্ম্ম, পীতবর্ণ না হইযা, অলিব্-পত্রের ন্যায় ঈষল্লোহিত বা কৃষ্ণবর্ণ হয় ; বহুদিন ব্যাপী হওয়া প্রযুক্ত, উক্ত বর্ণ, লোকের মনোযোগ আকর্ষণ করিয়া থাকে।

অনেকস্থলে, স্থাবা না হইলেও, লিবারের ক্রিয়াগত বিশৃঙ্খলা ঘটায়, রোগীকে ভয়ানক যন্ত্রণা পাইতে দেখা গিযাছে।

পুরুষ অপেক্ষা স্ত্রীলোকেরই, এই রোগ, প্রায় সচরাচর, হইয়া থাকে ; প্রতি দুই জন স্ত্রীলোকে, একজন মাত্র পুরুষ, আক্রান্ত হয়।

সর্ব্বত্রই, জ্যান্‌থিল্যাস্‌মা সম্বন্ধীয খণ্ড সকল, প্রথমে, অক্ষিপুটে আবির্ভূত হয়; শতকরা ৮ স্থলে মাত্র, উহারা, শরীরের অন্যান্য অংশ, আক্রমণ করিয়া থাকে।

---

* *Ophthalmic Review*. vol. ii. p. 179.

খণ্ড সকল, সর্ব্বদা, অন্তঃক্যান্থাস্ হইতে, এবং প্রায়ই বামভাগে, আরম্ভ হয়।

যদ্দ্বারা অক্ষিপুটের চিত্রকরণের ব্যাঘাত হয়, এরূপ কারণের মধ্যে, লিবারের বিকার, সম্ভবতঃ, সর্ব্বাপেক্ষা প্রবল; এই জন্যই, ক্যান্থিস্যাস্মা হইলে, অধিকাংশস্থলে, সচরাচর, লিবার্ সম্বন্ধীয় রোগ দেখিতে পাওয়া যায়।*

অক্ষিপুটে অর্ব্বুদ।

ইপিথিলীয়্যাল্ ক্যান্সার্।——রোগ কেবল অধরক্ষিপুটে হইয়া থাকে। চত্বারিংশৎবর্ষ বয়সের পূর্ব্বে এই রোগ কদাচিৎ দৃষ্ট হয়, এবং উহা আবির্ভূত হইবার সময় অশ্রুথলীর উপরিস্থ চর্ম্মোপরি উৎপন্ন হইয়া থাকে; এবং তৎপরে ক্রমে অধস্তন অক্ষিপুটে প্রসারিত হইয়া পড়ে। প্রথমতঃ এই পীড়া এত সামান্য ও সাধারণ আঁচিলের সহিত এত সৌসাদৃশ্যযুক্ত বলিয়া বোধ হয় যে, তন্নিবারণ পক্ষে প্রথমে কোনবিধ যত্ন করা যায় না। সে যাহা হউক কিছুদিন পরে, উক্ত উপমাংসবৎ উৎপত্তি (Wart-like growth) ক্ষত হইতে আরম্ভ হয়, এবং একটী অলসপ্রকৃতিক, উন্নতপ্রান্ত, কাচস্বচ্ছ ক্ষত বলিয়া প্রতিভাত হইয়া পড়ে। এই ক্ষত স্থানের সন্নিকটে অতি সত্বরে বা বিলম্বে অনেকানেক ক্ষত উৎপন্ন হইয়া তাহাতে মিলিত হওতঃ, আধার স্থানকে উচ্চাবাচ ও আরক্তিম অসুস্থ ক্ষত বলিয়া প্রতীত করায়। পীড়া মৃদু গতিতে অগ্রসর হইতে থাকে, এবং আদিম ক্ষত কখন আরোগ্য প্রতীয়মান হইয়া, তদুপরি ক্ষত-কলঙ্ক জন্মিয়া যায়। কিন্তু পরক্ষণেই পার্শ্ববর্ত্তী ক্ষত স্থান হইতে সিরস্ নামক মাস্তুক তরল পদার্থ নিঃসৃত হইয়া, তাহাকে ভগ্ন করে। কিছুকাল পরে পীড়া স্বয়ংই কোরিয়ম্ (Corium) বা চর্ম্মের গভীরতর স্তর পর্য্যন্ত প্রসারিত হয়; ইহাতে সর্ব্বদা যতনা হয় না বটে, কিন্তু সুড় সুড় করে ও কণ্ডুয়ন হইতে থাকে। যাহা হউক, অবশেষে পীড়া ক্রমে অধঃ-অক্ষিপুট ও গণ্ড চর্ম্ম আক্রমণ করিয়া, ও অনেক ক্ষত সমবেত হইয়া, প্রসারিত হইতে থাকে, এবং তদুপরি হইতে ক্রমাগত রক্তাক্ত রস বিগলিত হয়।

প্রথমাবস্থায়, এই সকল ক্ষতের উপরিভাগ, ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র দানার ন্যায় মাংস-পিণ্ডে, সংভূষিত হয়; তাহাদের আকার মিলেট্ বীজ অথবা শিক্ষ

*Lancet, vol. i. 1871, p. 410.

সাগুদানার ন্যায়। কিন্তু কতকগুলি অস্বাভাবিক কোষোৎপাদনই এই রোগের প্রধান লক্ষণ বলিয়া গণ্য হইয়া থাকে। এই সকল 'কোষ', চ্যাপ্টা, পাতলা ও শল্কবৎ; এবং তাহাদের মধ্যে অনেক নিউক্লিয়স্ থাকে। উহাদের আকার প্রায়ই গোল বা ডিম্বাকার এবং উহাদের বাহ্যসীমা বিশৃঙ্খল অর্থাৎ কোন স্থান সরল, কোন স্থান কোণবৎ অথবা কোন স্থান হইতে প্রবর্দ্ধন সকল নির্গত হইয়াছে। যাহা হউক, পীড়ার প্রথমাবস্থাতেই অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা এই সকল কোষকে দেখা যাইতে পারে *।

এইরূপ স্থলে প্রকৃত রোগ নির্ণয় করা যে অতিশয় প্রয়োজনীয়, তদুল্লেখ করা অত্যুক্তির বিষয়। বাস্তবিক ইহা জানা রোগীর মঙ্গলার্থ অতি প্রয়োজনীয়। শরীরের কোন সুগমস্থলে উৎপন্ন হইলে, পীড়ার প্রথমাবস্থায়, যদি ছুরিকা দ্বারা উক্ত অর্ব্বুদকে উৎপাটিত করা যায়, তবে উহা সম্পূর্ণরূপে উপশমিত হইতে পারে। এই ইপিথিলীওমা রোগ (Epithelioma) ঔপদাংশিক, লিউপোইড্ (Lupoid) বা রোডেন্ট্ (Rodent)) ক্ষত বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। প্রথম দুইটী ক্ষত ঔষধ দ্বারা চিকিৎসিত হইতে পারে; কিন্তু যদ্রূপ ইপিথিলীয়্যাল্ ক্যান্সার্ রোগে সমুদায় পীড়িত নির্ম্মাণ নিষ্কাশিত না করিলে রোগোপশম হয় না, তদ্রূপ এই শেষোক্ত রোডেন্ট্ ক্ষত রোগেও পীড়িত নির্ম্মাণ বহিষ্কৃত না করিলে রোগ উপশমিত হয় না।

কতিপয় বৎসর বিগত হইল, ত্রিহুত দেশস্থ মৃত রেভারেণ্ড্ এ, এস্ মহাত্মা, তাঁহার বাম চক্ষুর নাসাপার্শ্বস্থ অপাঙ্গদেশের চর্ম্মোপরি খোসা ছাড়ান মটরের ন্যায় একটী ক্ষুদ্র উপমাংস তুল্য পদার্থের উপর্দ্ধনোপশমার্থে ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেবের নিকট পরামর্শ জিজ্ঞাসা করিয়াছিলেন। এই উপর্দ্ধনের উপরিভাগ ক্ষত হইয়া গিয়াছিল, এবং সেই ক্ষতের উপরিভাগে মিলেট্ বীজের ন্যায় অনেকগুলি মাংসপিণ্ড ইতস্ততঃ বিস্তীর্ণ ছিল। মিষ্টার এস্ বলিয়াছিলেন যে, তিনি তৎসময়ে ক্রমাগত আঠার মাস পর্য্যন্ত ইহা দ্বারা কষ্ট পাইয়া আসিতেছেন; কিন্তু তথাপিও উহা কোন মতে আরোগ্য হয় না। এরূপ শ্রুত হওয়া গিয়াছিল যে, তাঁহার পিতা মুখমণ্ডলে কর্কট রোগাক্রান্ত হইয়া কাল-

---

*Ophthalmic Review, vol i. p. 270. Cases from Arlt's Clinic.

কম্পিত হইয়াছিলেন। আমি উক্ত ক্ষত স্থানের উপরি ভাগ হইতে কিয়-দংশ ঝিল্লী চাঁচিয়া, পরে অণুবীক্ষণ যন্ত্রদ্বারা দেখিলাম, তথায় কর্কট রোগের সমুদায় লক্ষণ স্পষ্ট বিদ্যমান আছে; সুতরাং তৎক্ষণাৎ উহা বহিষ্কৃত করিলাম,; উহার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী কিয়দংশ সুস্থ চর্ম্ম ও তলবর্ত্তী চর্ম্ম-নিম্নস্থ ঝিল্লী, যদুপরি উহা উদ্ভূত হইয়াছে, তাহাও তৎসঙ্গে২ নিষ্কাশিত করা হইয়াছিল। এই অস্ত্র চিকিৎসার পাঁচ বৎসর পরে, যখন রোগী জরাক্রান্ত হইয়া মৃত হইয়াছিলেন, আমার বোধ হয়, তখন পর্য্যন্তও এই রোগের পুনরাগমনের কোন লক্ষণ প্রকাশিত বা অনুভূত হয় নাই। উক্ত উদাহরণ উদ্ধৃত করিবার অভিপ্রায় এই যে, এই প্রকার অস্বাস্থ্যোদ্বর্দ্ধন উপশমার্থে অগ্রে রোগারম্ভ সময়ে উহার উপাদেয় নির্ম্মাণ সকল পরীক্ষা করা সর্ব্বতোভাবে প্রয়োজনীয়।

ইপিথিলীয়্যাল্ কান্সার্ রোগের অপেক্ষাকৃত প্রকুপিতাবস্থায়, বাস্তবিক যখন সমুদায় অক্ষিপুট এবং গণ্ডদেশের কিয়দংশ স্তূপাকারে এই রোগাক্রান্ত হয়, তখন উহাকে নিষ্কাশিত করিয়া, কর্ত্তিত স্থানে ক্লোরাইড্ অব্ জিংকের উগ্র সলিউশন্ প্রদান করিয়া, রোগাপনয়ন করা বিধেয় হইয়া থাকে। এমত অনেক স্থল লিখিত আছে, যাহাতে রোগের বাহ্য লক্ষণ সকল দেখিয়া সম্পূর্ণ হতাশ হওয়া গিয়াছে, সেখানেও এই চিকিৎসাপ্রণালী সন্তোষকর-ফলপ্রদ হইয়াছে। এই রোগোপশমার্থে কোন প্রকার উপায় বিধান না করিলে, রোগের গতি অপ্রতিরুদ্ধ হইয়া কালক্রমে যে সমুদায় শরীর আক্রমণ করিবে, তদ্বিষয়ে আর কোন সন্দেহ নাই; এবং এইরূপে পরিশেষে রোগীর মৃত্যু অনিবার্য্য হইয়া উঠে।

স্কির্‌স্।——অক্ষিপুট হইতে কখন কখন স্কিরস্ বা কঠিন কর্কট্ এবং অন্যান্য প্রকার কর্কট রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। কিন্তু শরীরের অন্যান্য অংশ হইতে উৎপন্ন কর্কট রোগ হইতে উহাদের প্রকৃতিগত কোন বৈসাদৃশ্য না থাকায়, এ স্থলে পুনরায় তদুল্লেখ করা বৃথা বলিয়া বোধ হইল।

ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ওয়ার্টি (Warts)।——অক্ষিপুটের চর্ম্মোপরি প্রায়ই ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র কিণবৎ (Wart-like) মাংসপিণ্ড উৎপন্ন হইয়া থাকে; এবং উহারা অনাবৃত প্রান্তভাগে উৎপন্ন হইলে, তৎচাপে কোন কোন পক্ষ বক্র হইয়া, অভ্যন্তরদিকে অক্ষিগোলকের প্রত্যাভিমুখে ধাবিত হয়। কখন

প্রদান করিয়া সময় অতিবাহন করা বৃথামাত্র; উহা একখানি কাঁচি দ্বারা একেবারে কর্ত্তন করিয়া লওয়াই উচিত।

শৃঙ্গবৎ উন্মাংস (Horny Excrescences)।——সচরাচর অক্ষিপুটের চর্ম্ম হইতে শৃঙ্গবৎ উন্মাংস (গ্যাজ্) সকলকে উত্থিত হইতে দেখা যায়। বোধ হয়, নিম্নলিখিত কারণে তাহাদের উৎপত্তি হইয়া থাকে। বসা-গ্রন্থি হইতে রস নির্গত হইয়া ক্রমে কঠিন হয়, ও পরে তদুপরি পুনরায় নূতন রস ক্রমে সংযত হইতে থাকে। এই আদিম স্তবের উপর ক্রমে সিবেসিয়স্ বা বসারসের বহুতর স্তর সংযত ও শুষ্ক হইয়া, পরিশেষে শৃঙ্গবৎ পিণ্ড রোগীকে যথেষ্ট কষ্ট প্রদান, এবং বিকৃতাবস্থ করে।

কিণ চিকিৎসা ও উন্মাংস চিকিৎসা উভয়ই এক প্রণালীতেই হইয়া থাকে। উন্মাংস এবং যে চর্ম্ম হইতে উহা উৎপন্ন হয় তাহাকে, বক্র কাঁচি দ্বারা একবারে কর্ত্তন কবিয়া লওয়া উচিত।

মিলিয়ম্ (Milium)।——চর্ম্মনিম্নস্থ গ্রন্থিচয়ের প্রণালী সমূহ মধ্যে কখন কখন বসাবৎ পদার্থ একত্রিত হয়। তাহাতে, অক্ষিপুটের সম্মুখস্থ প্রান্তভাগে ও বহিঃস্থ চর্ম্মের নিম্নভাগে, ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র মুক্তার ন্যায় অর্ব্বুদ সকল উৎপাদিত হয়। তাহাদেব আকার আল্‌পিনের মস্তক হইতে বৃহৎ নহে; এবং তাহারা প্রায়ই অনিয়মিত পুঞ্জাকাবে ইতস্ততঃ প্রসারিত থাকে। যাহা হউক, এইরূপ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অর্ব্বুদ বিনষ্ট কবা, তাদৃশ প্রয়োজনীয় বলিয়া বোধ হয় না; কিন্তু যখন প্রযোজন হয়, তখন উহাদেব আবরক বহিঃস্থ চর্ম্ম এক খানি ছুরিকার অগ্রভাগ দ্বারা বিদারিত করিয়া, থলীমধ্যস্থ পদার্থ সকল টিপিয়া বিনিঃসৃত করিয়া দেওয়া আবশ্যক।

বসার্ব্বুদ (Sebaceous Tumours)।——এই অর্ব্বুদের আকার পুর্ব্ব-বর্ণিত অর্ব্বুদ অপেক্ষা কিঞ্চিৎ বৃহৎ; কিন্তু, উহা, কালক্রমে একটী মটরের অর্দ্ধেকের ন্যায় হয়; এবং তন্মধ্যে বসাবৎ তরল পদার্থ সংযত থাকে। উহারা, কখন কখন বিশেষতঃ স্ক্রফুলা বোগাক্রান্ত বালকদিগেরই অক্ষিপুটচর্ম্মে, আবির্ভূত হইয়া থাকে। অত্যন্ত সাবধান হইয়া, উহাদের আবরক চর্ম্মোপরি অস্ত্র নিমজ্জিত করিয়া, সত্বর উহাদেব অন্তর্ব্বর্ত্তী পদার্থ বহিষ্কৃত করা যাইতে

পারে। পরে উহাদের থলী টিপিলে, নাইডস্ (Nidus) মধ্যস্থ সমস্ত পদার্থ বহির্গত হইয়া আইসে। এই সকল থলীর পার্শ্ব নির্ম্মাপক প্রাচীর বা আবরণ সমধিক ঘন নহে; উহাদিগকে স্ফুটিত করিবার চেষ্টা করিলে, উহারা অনায়াসেই স্ফুটিত হইয়া যায়; এবং, তাহা হইলে, থলীর অবশিষ্টাংশকে পরস্পর সংস্রব হইতে ছিন্ন বা বিভাজিত করিয়া দিতে হয়; কারণ তাহা না করিলে, অর্ব্বুদ পুনরুৎপন্ন হইতে পারে। বস্তুতঃ, এইরূপ না করিয়া যদি প্রকৃতির উপর নির্ভর করা যায়, তাহা হইলে, উহা কিয়দাকারে বর্দ্ধিত হইয়া, অবশেষে সচরাচর বিদারিত, ও উহার অন্তবর্ত্তী পদার্থ সকল বিনিঃসৃত, হইয়া যায়। পরে, যতদিন পর্য্যন্ত উহা কোন প্রকার অস্ত্রের অস্পৃষ্ট থাকে, ততদিন উক্ত পদার্থ সকল বারম্বার সমুত্থিত হইতে থাকে।

শরীরের অন্যান্য অঙ্গে যদ্রূপ বৃহৎ২ বসার্ব্বুদ উৎপন্ন হইয়া থাকে, তদ্রূপ সাধারণতঃ ললাটাস্থির পেরিয়ষ্টিয়ম্ প্রদেশস্থ অক্ষিপুটেও উহা কখন কখন অভ্যুদিত হয়। উজ্জ্বল মেদোময় পদার্থ সকল সচরাচর উহার অন্তর্নিবিষ্ট থাকে, এবং উহাতে কখন কখন কতকগুলি লোমও উৎপন্ন হয়। অন্যান্য প্রকার থলীমধ্যস্থ অর্ব্বুদের ন্যায়, উহারা, রোগীকে কোন প্রকার কষ্ট বা অসুবিধা প্রদান করে না; কেবল, প্রকাণ্ড আকার প্রযুক্ত, উহারা, এই অবস্থানে (Situatin), কিঞ্চিৎ কষ্টকর হয়।

এইরূপ টিউমার্ অস্ত্র করিতে হইলে, বাহ্য হইতে অন্তর্দ্দিকে বা অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর সূত্রচয়ের সমান্তরানুযায়ী অস্ত্র নিমজ্জিত করিতে হয়, কারণ— এই মর্বিড্ গ্রোথ্ (Morbid growth) বা অস্বাস্থ্যোবর্দ্ধন, সচরাচর, উক্ত পেশীর নিম্নভাগেই অবস্থান করে। অস্ত্র-প্রক্রিয়ার সময়, থলী বিদারিত না করিয়া, একেবারে সমুদায় থলীর সহিত উহাকে নিষ্কাশিত করিলে, অস্ত্র-প্রক্রিয়ার অনেক সুবিধা হয়। অর্ব্বুদটী বহিষ্কৃত হইলে, তৎস্থান হইতে যতক্ষণ পর্য্যন্ত রক্তস্রাব রুদ্ধ না হয়, ততক্ষণ পর্য্যন্ত. সেই স্থান বাহ্য-বায়ুতে অনাবৃত রাখা উচিত। তৎপরে, উহার প্রান্ত সুচার দ্বারা একত্র করিয়া, কলোডিয়ন্ সংলিপ্ত করা উচিত। পরিশেষে, প্যাড্ ও ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা সমাবদ্ধ করিয়া, কিয়ৎদিন উক্ত স্থানকে বিশ্রান্ত রাখা উচিত। এইরূপ করিলে, ক্ষত স্থান, প্রথম অভিপ্রায় (First intention) দ্বারা স্বয়ং আরোগে

হইয়া যায়, এবং আরোগ্য হইলে, তথায় কেবল একটী চিহ্ন মাত্র অবশিষ্ট থাকিয়া, অস্ত্র-নিমজ্জন-স্থান নির্দ্দেশ করে।

মিবোমিয়ান্ সিষ্ট, কলাজিয়ন্, অথবা টিউমার্ টার্সাই (Meibomian Cyst, Chalazion or Tumour Tarsi)।—এই সকল টিউমার্, মিবোমিয়ান্ গ্রন্থিচয়ের ফলিকল্ সকলে উৎপন্ন হয়; সুতরাং, উহারা পুটোপাস্থির পদার্থ দ্বারা জড়িত থাকে। উহারা আকারে পরিবর্দ্ধিত হইতে থাকিলে, অক্ষিপুটচর্ম্মের নিম্নে যাতনা বিরহিত স্ফীতি অনুভব হইতে থাকে। একটী অর্দ্ধ কলাই হইতে একটা ঘোড়ামটর পর্য্যন্ত উহাদের আকার নানাবিধ হইয়া থাকে; উহারা দেখিতে বিশ্রী, এবং উহাদের দ্বারা অক্ষিপুট, কষ্টজনক কঠিন ভাব ব্যতীত অন্য কোন প্রকার বিপজ্জনক অবস্থা, প্রাপ্ত হয় না। যে অক্ষিপুটে এই সকল অর্ব্বুদ উৎপন্ন হয়, তাহা উল্টাইয়া দেখিলে, পীতাভ-শ্বেতবর্ণ মণ্ডলাকার উন্নত স্থান দ্বারা উহার অবস্থান সুস্পষ্ট অনুভূত হয়। (১১ শ, প্রতিকৃতি দেখ)।

১১ শ, প্রতিকৃতি।



(After Mackenzie.)

এই সকল অর্ব্বুদ কখন২ প্রদাহিত হইয়া, তন্মধ্যে পুয়োৎপত্তি হয়; কিন্তু তাহার কোন প্রকার কারণ সহজে অবগত হওয়া যায় না। স্ফোটকান্তর্গত পদার্থ সকল নির্গত হইলে, তৎস্থান প্রকৃতাবস্থা প্রাপ্ত হয়। কিন্তু অধিকাংশ স্থলে, অক্ষিপুট উল্টাইয়া, কন্জংটাইভার ভিতর দিয়া, অস্ত্র করা বিধেয়। পরে, একখানি ক্ষুদ্র স্প্যাচুলা বা কিউরেটী দ্বারা তদ্গর্ভস্থ সমুদায় বস্তু চাঁচিয়া বাহির করা কর্ত্তব্য।

অস্ত্র করিবার অব্যবহিত পরেই অস্ত্রাঘাতিত স্থানে রক্ত আসিয়া পরিপূর্ণ হয়, এবং তদ্দারা, টিউমারের আকার কোন প্রকার হ্রস্ব হইল বলিয়া, বোধ হয় না; কিন্তু, কিছুদিন পরে রক্ত পুনরাশোষিত হয়, এবং টিউমারের সমুদায় চিহ্ন বিনষ্ট হইয়া যায়।

এই রূপ স্থলে, কোনপ্রকার আনন্তরিক চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না। চক্ষু প্যাড্ ও ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা মুদ্রিত রাখিয়া, ২৪ ঘণ্টাপর্য্যন্ত অক্ষিপুটে শীতল জলের পটী সংলগ্ন রাখা বিধেয়; নতুবা কর্ণিয়া, কন্‌জংটাইভার উচ্চাবচ উপরিভাগ দ্বারা ঘর্ষিত হইয়া, রোগীকে সম্যক্ বিরক্তি ও কষ্ট প্রদান করে। অপরন্তু, এই সময়ে রোগীর শারীরিক সুস্থতার উপর দৃষ্টি রাখা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। উহাকে টনিক্ বা বলকারক ঔষধ সেবন করাইয়া, উহার শারীরিক ধাতু বর্দ্ধন করা উচিত। যদি রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্য—সাধারণতঃ মনুষ্য শরীরে যতদূর থাকাআবশ্যক—তাহা হইতে ন্যূন হয়, তবে এই সকল টিউমার্ সত্বর অধঃঊর্দ্ধ উভয়াক্ষিপুটে পর্য্যায়ক্রমে পুনঃ পুনঃ উদিত হইয়া থাকে।

চূর্ণ কঙ্করবৎ পদার্থ সকল—(Calcareous Concretions) মিবোমিয়ান্ গ্রন্থিচয়ের প্রণালী সমূহে কখন কখন উৎপন্ন হইয়া, অক্ষিপুটের চর্ম্ম-নিম্নে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র গ্রন্থিক রেখাবৎ অনুভূত হয়। অক্ষিপুট উল্টাইলে, কন্‌জংটাইভার নীচে প্রণালীগত এই সংযত পদার্থ, সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায়। এই সকল কঙ্করবৎ পদার্থ কর্ণিয়াতে ঘর্ষিত হইলে, বিলক্ষণ কষ্ট প্রদান করে এবং ইহাতে কন্‌জংটাইভার হাইপেরীমিয়া বা রক্তাধিক্য রোগ জন্মে। এবম্বিধ হাইপেরীমিয়া রোগ, উক্ত কঙ্করবৎ বাহ্য পদার্থের বহিষ্করণ ব্যতিরেকে, কখন উপশম করিতে পারা যায় না।

এই সকল স্থলে চিকিৎসা করিবার প্রণালী এই যে, অক্ষিপুট উল্টাইয়া প্রণালী (Duct) বিদীর্ণ করত, তন্মধ্যস্থ চূর্ণ কঙ্করবৎ পদার্থ সকল স্প্যাচুলা বা তদ্রূপ অন্য কোন অস্ত্র দ্বারা চাঁচিয়া লইতে হয়। এই সকল চূর্ণ কঙ্করবৎ পদার্থের পুনরুৎপন্ন হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা আছে, বিশেষতঃ যে প্রদেশের পানীয় জলে অধিক লাবণিক চূর্ণাংশ থাকে, তথায় উহা প্রায়ই পুনরুৎপন্ন হইয়া থাকে।

ফাইব্রোমা (Fibroma)।——আমরা সময়েং অক্ষিপুটে যে ফাইব্রোমা দেখিতে পাই, তাহা মৃদুবৃদ্ধিশীল ও একটী ক্ষুদ্র অস্থ্যর্ব্বুদ সদৃশ মাত্র। ইহা কখনং অসহ্য যাতনা প্রদান করিয়া থাকে। যাহা হউক, এইরূপ উদ্বর্দ্ধনকে যত অল্পদিনের মধ্যে নিষ্কাশিত করিতে পারা যায়, তদ্বিষয়ে যত্ন করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

নিভাই (Nævi)।—— অক্ষিপুটে যে নিভস্ উৎপন্ন হয়, তাহার আকার অত্যন্ত ক্ষুদ্র। উহা, প্রায়ই রোগীর আজন্মসহানুবর্ত্তী (Congenital) রোগ। সাধারণতঃ, যদিও ইহা প্রথমে অর্বিকিউল্যারিজ্ পেশীর নিম্নে অবস্থান করে বটে, কিন্তু তথায় উহার আবরক পৈশিক সূত্র সকল ক্রমশঃ অপসৃত হওয়ায়, উহাকে একটী ক্ষুদ্র, প্রতিচাপসহ, কোমল, চর্ম্মনিম্নস্থ টিউমার্ বলিয়া বোধ হয়। ধমনী ও শিরা সম্বন্ধীয় উপাদানের গুরুত্বানুসারে উহার বর্ণেরও তারতম্য ঘটিয়া থাকে। শিরা সম্বন্ধীয় উপাদানের আধিক্য হইলে, উহার বর্ণ নীলাভ হইয়া যায়। নিভসের উপরিভাগে স্বল্প চাপ দিলে, তৎসময়ে তন্মধ্যস্থ রক্ত চতুর্দ্দিকে সরিয়া যায়; কিন্তু যখন এই চাপ দেওয়া স্থগিত রাখা যায়, তখন আবার এই স্পঞ্জ সদৃশ স্তূপ পুনঃপূরিত ও পুনঃ স্ফীত হইয়া উঠে। ক্রন্দন বা কাশাকর্ষণ সময়ে শরীরে যদ্রূপ চাড় লাগে, তদ্রূপ চাড় লাগিলেও এই নিভস্ স্ফীত ও রক্তপূর্ণ হইতে পারে।

চিকিৎসা।——যে রক্তবহ-নাড়ীজাল দ্বারা নিভস্ উৎপন্ন হয়; তাহার পথ অবরোধ করাই আমাদের মুখ্য উদ্দেশ্য। আর সাধ্যায়ত্ত হইলে, নিভসের আবরক চর্ম্ম যাহাতে ঐ সময়ে বিনাশিত হইয়া না যায়, তদ্বিধান করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। যদি উহা রক্ষণ করিতে কোনরূপ প্রতিবিধান করা না যায়, তবে একটী সিকেট্রিক্স (Cicatrix) বা ক্ষতকলঙ্ক উৎপাদিত ও সঙ্কুচিত হওতঃ, অক্ষিপুটকে উল্টাইয়া রাখিতে পারে। সচরাচর ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র নিভস্‌কে বিদ্ধ করিয়া, এবং একটি কাঁচের কলম নাইট্রিক্ য়্যাসিডে মগ্ন করিয়া, তৎপরে উক্ত বিদ্ধ স্থানে প্রবেশিত করিলে, উহা উপশমিত হইয়া যায়। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব দুইটী কিম্বা তিনটী রেসমের পৈঁজা সূত্র পার্‌ক্লোরাইড্ অব্ আইরণে সিক্ত ও উক্ত টিউমারের আধার-দেশে চালিত করিয়া, তথায় এক কিম্বা দুই দিবস পর্য্যন্ত ন্যস্ত রাখেন। বস্তুতঃ, যতদিন পর্য্যন্ত উহাতে কিঞ্চিৎ প্রদাহোৎপত্তি না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত উহাদিগকে বহিষ্কৃত করা বৈধ নহে। সচরাচর এই প্রদাহ ক্রিয়াতেই নিভস্ নির্ম্মাপক রক্তবহ-নাড়ী সকল বিলক্ষণ বিনাশিত হইয়া থাকে।

নিভস্ কিঞ্চিৎ বৃহদাকারের হইলে, ট্যানিক্ য়্যাসিডের স্যাচুরেটেড্ সলিউশন্ অর্থাৎ উহার পরিমাণ জল চুসিয়া লইতে পারে এরূপ জলের সহিত

মিশ্রিত করিয়া উহার মধ্যে পিচ্কারি দিলে, বিলক্ষণ উপকার দর্শে। প্রথমতঃ উহার রক্তবহ-নাড়ীগণকে শোণিত শূন্য করিয়া, পরে উহাতে পুনঃ শোণিত প্লাবিত হইতে পারিবে না বলিয়া, ডেস্মার সাহেবের প্রস্তুত ফরসেপ্স্ নিয়োজিত করিতে হয়। তৎপরে, একটী হাইপোডার্মিক্ সিরিঞ্জ অর্থাৎ ত্বগভ্যন্তরিক পিচ্কারির অগ্রভাগ উক্ত নিভস্ মধ্যে প্রবেশিত করিয়া, ট্যানিক্ য়্যাসিডের উল্লিখিত পর্য্যাপ্ত সলিউশন্ দ্বারা উক্ত টিসু মধ্যে পিচ্কারি দিতে হয়। পিচ্কারি দেওয়ার কিছুক্ষণ পরে, ফরসেপ্স্ বহিষ্কৃত করিয়া লওয়া উচিত; কিন্তু সচরাচর তথায় অন্ততঃ দুই চারি ঘণ্টা কাল বরফ সংলগ্ন রাখাই সৎব্যবস্থা। বরফ সংলগ্ন রাখিলে, প্রদাহক্রিয়ার অত্যন্ত প্রকোপ বৃদ্ধি হইতে পারে না; এবং এতন্নিমিত্ত পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে যে, "এই রোগে যাহাতে নিভসের আবরক চর্ম্ম বিগলিত হইতে না পারে, তদ্বিধান করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়"। ট্যানিনের পরিবর্ত্তে পার্ক্লোরাইড্ অব্ আইরণের পর্য্যাপ্ত-বীর্য্য সলিউশন্ ব্যবহার করা যাইতে পারে; কিন্তু ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেব বলেন যে, এতদুভয়ের মধ্যে ট্যানিনের উপর নির্ভর করাই উচিত; এবং উহা ব্যবহার করিলে, পার্ক্লোরাইড্ অপেক্ষা উহার কার্য্যাদি, সকল স্থলেই সমান উপকারজনক হইয়া থাকে। নিভস্ মধ্যমাকারের হইলে, এতদুভয়ের একতর উপায় অবলম্বন করিয়া প্রায়ই রোগোপশম করিতে হয়। কিন্তু উহা বৃহদাকারের হইলে, আধারদেশে লিগেচার্ বন্ধন করতঃ উহাতে শোণিত আগমন করিতে আর না দিলে, উপশমিত হইয়া যায়। এইরূপ লিগেচার্ বন্ধনে উহাতে স্তূপাকারে রক্ত বদ্ধ হইয়া যায়, এবং এই বিষয় সার্ ডব্লিউ ফার্গুশন্ সাহেব তৎকৃত "প্রয়োজনীয় অস্ত্রপ্রক্রিয়া পদ্ধতি" * নামক গ্রন্থে উল্লেখ করিয়া গিয়াছেন; সুতরাং পাঠকগণ ইচ্ছুক হইলে, সেই গ্রন্থ উদ্ঘাটন করিয়া, এই রোগের সবিশেষ বৃত্তান্ত অধ্যয়ন করিতে পারেন।

PARALYSIS AND SPASM OE THE EYELIDS.

অর্থাৎ

অক্ষিপুটের পক্ষাঘাত এবং আক্ষেপ।

টোসিস্ (Ptosis) বা অক্ষিপুটের পতন।——নিম্ন লিখিত

* "System of Piactial Surgery" by Sir W. Fergusson.

কোন না কোন কারণে, আমরা ঊর্দ্ধাক্ষিপুট উন্মীলন করিতে সমর্থ হই না। ১ মতঃ,—এই পতন আজন্ম দোষজ। ২ য়তঃ,—অক্ষিপুটদ্বয়ের চর্ম্ম এবং টিশু সকলের শিথিলতা প্রযুক্ত; ৩ য়তঃ,—লিভেটার্ প্যাল্পিব্রি পেশীর কোন অপায় হইতে আবির্ভূত। ৪ র্থতঃ,—উক্ত পেশী-প্রতিপোষক স্নায়বীর যন্ত্রের (Nervous apparatus) কোন দোষ হইতেও এই টোসিস্ অভ্যুদিত হইতে পারে।

যে কোন কারণে উৎপন্ন হউক না কেন, টোসিস্ সমাক্রান্ত রোগী, ইচ্ছা করিলে, পীড়িত চক্ষুর ঊর্দ্ধাক্ষিপুট উন্মীলিত করিতে কোন মতে সমর্থ হয় না। কিন্তু এদিকে তাহার দৃষ্টির, এবং বাস্তবিক চক্ষুর সমস্ত যন্ত্রের কোনরূপ বৈলক্ষণ্য ঘটে না। টোসিস্ সম্পূর্ণরূপে হইলে, ঊর্দ্ধাক্ষিপুট কর্ণিয়ার উপর ঝুলিয়া পড়ে বলিয়া, চক্ষুর মধ্যে আলোক প্রবিষ্ট হইতে পারে না; সুতরাং যতদিন পর্য্যন্ত এই অন্তরাল অপনীত করা না যায়, ততদিন পর্য্যন্ত রোগীর দৃষ্টি সাংসারিক কার্য্যাদি নির্ব্বাহ করিতে সম্পূর্ণ অক্ষম থাকে।

১। আজন্মজ টোসিসে উভয় অক্ষিপুটই সচরাচর সমভাবে পীড়িত হয়। এই টোসিস্ উপশম করিতে হইলে, অক্ষিপুটের উপরিভাগ হইতে ডিম্বাকার এক খণ্ড চর্ম্ম কর্ত্তন করিয়া, কর্ত্তিত স্থানের প্রান্ত সুচার্ দ্বারা সংযুক্ত করিতে হয় (১২ শ, প্রতিকৃতি দেখ)। আরোগ্য হইলে, ক্ষত অক্ষিপুট এইরূপে খর্ব্বীকৃত হওয়ায়, রোগী, তাহা অনায়াসেই উন্মীলিত করিয়া, চক্ষুতে বিলক্ষণ আলোক আনয়ন করিতে পারে। কিন্তু এইরূপ অধিকাংশ স্থলে, লিভেটর্ প্যাল্পিব্রি পেশীতে পৈশিক সূত্র সকলের প্রায়ই অভাব থাকে; এবং খর্ব্বীকৃত হইলেও অক্ষিপুট কনীনিকার উপর আসিয়া নিমীলিত হওতঃ, রোগীর দৃষ্টির সম্পূর্ণতা বিষয়ে ব্যাঘাত জন্মায়। সম্প্রতি ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব আইরিডেসিস্ অস্ত্রপ্রণালী (Iridesis) অবলম্বন করিয়া, কনীনিকাকে অধোদিকে প্রসারিত করতঃ এইরূপ একটী স্থল বিলক্ষণ উপশম করিয়াছেন। ইহা উপশমের উপায় বাহির করিতে আমাদের কৌশলতায় পরিসীমা দেখাইতে হয়; কিন্তু সৌভাগ্যক্রমে এইরূপ টোসিস্ রোগ অতি বিরল।

২। অক্ষিপুটের চর্ম্ম ও সংযোজক-বিধানে ঝুলে পড়া প্রযুক্ত যে টোসিস্ রোগ উৎপন্ন হয়, তাহা আরোগ্য হওয়া অপেক্ষাকৃত সম্ভব বলিয়া বোধ হয়। বৃদ্ধ অথবা দীর্ঘস্থায়ী কনজংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত ব্যক্তি ব্যতীত, এই রোগ অন্য কোন মনুষ্যকে প্রায়ই আক্রমণ করে না। এই দুই স্থলে, অক্ষিপুটের চর্ম্ম এবং সংযোজক-বিধান বিবর্দ্ধিত মিউকস্ মেম্বেণ (কনজংটাইভা) আবরণ করে, এবং লিভেটর্ প্যাল্পিব্রি পেশীর সূত্র সমষ্টি বার্দ্ধক্যাপকর্ষ হেতু হ্রাস প্রাপ্ত হয। যাহা হউক, লিভেটর্ পেশীর সঙ্কোচন শক্তি কদাচিৎ সম্পূর্ণ বিনাশিত হয়। অতএব অক্ষিপুটের চর্ম্ম হইতে একখণ্ড চর্ম্ম কর্ত্তন করিয়া লইলে, (১২ শ, প্রতিকৃতি দেখ) যখন সেই ক্ষত আরোগ্য হইবে, তখন উহা অক্ষিপুটকে খর্ব্ব করতঃ, সচরাচর মহৎ উপকার সাধন করিয়া থাকে। আর, কনজংটাইভার অবস্থাও, বিশেষ মনোযোগ সহকারে দর্শন করিতে হয়, কারণ——অধিকাংশস্থলে, উহা, অল্প বা অধিক পরিমাণে, স্থূল হইয়া পড়ে। প্রত্যহ দুই বার করিয়া স্বল্প ডায়েলিউট্ (ক্ষীণ শক্তি) রেড্ মার্কুরিয়াল্ অয়েণ্ট্মেণ্ট্ প্রদান করিলে, উহার এই অবস্থা তিরোহিত হইবার অনেক সম্ভাবনা।

৩। লিভেটর্ প্যাল্পিব্রি পেশী আঘাতিত এবং অপায়িত হইলে, যদি উহার পৈশিক সঙ্কোচন শক্তি বিভাজিত বা বিনাশিত হয়, তাহা হইলেও এই টোসিস্ রোগ উৎপন্ন হইতে পারে। অক্ষিপুট হইতে একখণ্ড চর্ম্ম কর্ত্তন করিয়া, এই অবস্থা উপশম করিবার চেষ্টা করিতে পারা যায়; কিন্তু পেশীর শক্তিহীনতা ভয়ানক প্রতিবাধ স্বরূপ হওয়ায়, এই রোগ চিরারোগ্য করা অত্যন্ত দুষ্কর হইয়া থাকে। সচরাচর যেরূপ দেখিতে পাওয়া যায়, তদ্রূপ যদি কেবল এক চক্ষুতেই এই পীড়া হয, তবে কনীনিকাকে অপোক্তি-মুখে লম্বমান করতঃ, যাহাতে রোগী সুস্থাবস্থার ন্যায় এককালে দুই চক্ষুর দ্বারা দেখিতে পায়, তদ্বিষয়ে বিশেষ চেষ্টা করা যাইতে পারে।

৪। পঞ্চম স্নায়ুর কোন না কোন শাখা অপায়িত হইলে, পুটীয় লিভেটর্ পেশীতে পক্ষাঘাত হইয়াও, সচরাচর টোসিস্ উৎপন্ন হয়। ইহাতে অনুমান করা যাইতে পারে যে, উক্ত অপায়, কোয়াড্রিজেমিন্যাল প্রত্যঙ্গ সকল

(Quadrigeminal bodies) হইতে প্রতিফলিত হইয়া মোটর্ বা গতিদ স্নায়ুকে পীড়িত করে।

সুপ্রা-অর্বিট্যাল্ স্নায়ুর মেলেরিয়া জনিত পীড়াতেও, ঐরূপ ফলোৎপত্তি হইয়া থাকে। এইরূপ স্থল সকলে, দর্শন স্নায়ু এবং সরল পেশী সকল, অল্প বা অধিক পরিমাণে, পীড়িত হয় এবং উহাদের যান্ত্রিক কার্য্যাদিরও অনেক ব্যাঘাত জন্মে।

যাহা হউক, অধিকতর জটিল রোগ সকল, যেখানে এই টোসিস্ রোগ স্নায়ু বা স্নায়ু-কেন্দ্রের প্রাথমিক পীড়ার উপর নির্ভর করে, সেখানে রোগের যথার্থ কারণ নির্দ্দেশ এবং রোগের বিশেষ২ প্রয়োজনীয় ঔষধ ব্যবস্থা করিতে আমাদের বুদ্ধি ও নিপুণতার আবশ্যক হয়। আমাদের স্মরণ রাখা উচিত যে, উপদংশ রোগ নানাবিধ আকারে স্নায়ুকোষ সকল এবং মস্তিষ্ক পর্য্যন্ত পীড়িত করতঃ, অসংখ্য রোগের উৎপত্তি করিয়া থাকে। আর ইহাও বিস্মৃত হওয়া উচিত নহে যে, এইরূপ পুটপতন রোগ—টিউমার, সসীম (Limited) অ্যাপোপ্লেক্সি (Apoplexy) এবং তদ্রূপ যে সকল দুরবগম্য পীড়ায় স্নায়ুর আকর পীড়িত হইতে পারে, সে সকল কারণেও—উৎপন্ন হইয়া থাকে।

কোন২ স্থলে, স্পষ্টতঃ শৈত্য সংস্পর্শে লিভেটর্ প্যাল্পিব্রি পেশীর পক্ষাঘাত সহসা উৎপন্ন হয়। যে দিবস রোগী এই রোগাক্রান্ত হয়, বোধ হয়, তাহার পূর্ব্ব দিবসে সেই ব্যক্তি শীতল বায়ু সেবন অথবা কোন আর্দ্র শয্যায় শয়ন করিয়া ছিল; এবং পর দিবস প্রাতঃকালে শয্যা হইতে উঠিয়া দেখে যে, সে তাহার একটী অথবা উভয় অক্ষিপুট উন্মীলিত করিতে পারিতেছে না। এইরূপ অনেকানেক স্থল সত্বর উপশমিত হইয়া যায়; কিন্তু কোন২ স্থলে দর্শনস্নায়ু ক্রমশঃ শুষ্ক হইতে থাকে। অপিচ, ইহাও অধিক সম্ভব বলিয়া বোধ হয় যে, যদিও এই রোগ শৈত্য অথবা বাত রোগ জন্য উৎপন্ন বলিয়া মনে করিতে পারি, কিন্তু হয় ত উহা ক্ষুদ্রতর রক্তবহ নাড়ীর অ্যাম্বোলিজম্ সমবরোধন অথবা ঠিক কৈন্দ্রিক মেরুদণ্ডের বা স্নায়ু কেন্দ্রের স্নায়ুর মেদপরিবর্ত্তনের উপর নির্ভর করে।

মেলেরিয়া জনিত হইলে, এই পীড়ার প্রথমাবস্থায় ঔষধ ব্যবস্থা করিতে অবহেলা করা, কোন মতেই বৈধ নহে। এই ঔষধ ব্যবস্থা করিয়া, রোগীর

মেলেরিয়া সম্পর্কীয় ধাতু বিনাশ করত, আমরা স্থানিক পীড়ার অধিকতর প্রকোপ বৃদ্ধি নিবারণ করিতে পারি। এই অভিপ্রায় সাধনের নিমিত্ত, আইরণ্ এবং ষ্ট্রিকনীনের সহিত আর্সেনিক্, এবং সেই রোগ নিবারক অন্যান্য প্রভৃত ঔষধের গুণ পরীক্ষা করা উচিত।

কপোলদেশদ্বয়ে একটী বিদ্ধন (Issue) অথবা পর্য্যায়ক্রমে ব্লিষ্টার্ লাগান প্রভৃতি প্রত্যুত্তেজনা (Counter-irritation) দ্বারা এবং তৎসঙ্গে২ অন্নবহ-প্রণালীর (Alimentary canal) অবস্থা এবং তাহার স্রবণ কার্য্যের বিষয় বিশেষ অনুধাবন করতঃ, অবস্থা বুঝিয়া, নার্ভাইন্ টনিক্‌স্ ও আইওডাইড্ অব্ পোটাসিয়ম্ প্রভৃতি ঔষধ ব্যবস্থা করিয়া রোগোপশম করা বৈধ।

অন্যান্য প্রকার টোসিস্ বা পুটপতন রোগ—যাহা মস্তকের (Cerebral) পীড়ার জন্য উৎপন্ন হয়, তাহাতে, ফ্যারাডিজেশন্ (Faradization) অর্থাৎ তাড়িত প্রবাহ দ্বারা ক্ষয়িত বা অকর্ম্মণ্য পেশীদিগকে বিলক্ষণ উত্তেজিত করিয়া দেওয়া যাইতে পারে।

এই রোগ নিরাময়ার্থে ইলেক্‌ট্রো-ম্যাগ্‌নেটিজম্ (Electro-magnetism) অর্থাৎ চৌম্বিক তাড়িত প্রবাহ নিয়োজিত করিবার সময়, ঐ যন্ত্রের পজেটিভ্ পোল্ কর্ণের নিম্নদেশে—এবং একখণ্ড ক্ষুদ্র ও আর্দ্র স্পঞ্জ সংযুক্ত নেগেটিভ পোল্ মুদ্রিত অক্ষিপুটের চর্ম্মোপরি—যোজিত করিতে হয়। ক্ষীণবেগে তাড়িত প্রবাহিত করা উচিত; এবং এক কালে অধিক ক্ষণ পর্য্যন্ত যন্ত্রোপবেশন না করিয়া, পুনঃ পুনঃ অল্পক্ষণের নিমিত্ত উহা নিয়োজিত রাখা আবশ্যক। এবম্বিধ চিকিৎসা কোন উপকারজনক হইলে, সত্বরই তাহা পরিদৃশ্যমান হয়। দুর্ভাগ্যক্রমে, এইরূপ পক্ষাঘাত সচরাচর ক্রমে২ উৎপন্ন হইতে থাকে বলিয়া, উহাতে কোন প্রবল লক্ষণ বিদ্যমান থাকে না; সুতরাং যত দিন পর্য্যন্ত পেশী সকল অনিবার্য্যরূপে বিনাশিত না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত রোগী চিকিৎসাধীন হয়।

অক্ষিপুটীয় অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর পক্ষাঘাত।—(Paralysis of the Orbicularis Palpebrarum) এই রোগ, পুটপতন রোগ অপেক্ষা; সচরাচর অধিক দৃষ্ট হয় না। ইহা উপস্থিত থাকিলে, রোগী পীড়িত অক্ষিপুট উন্মীলিত করিতে সমর্থ হয় বটে; কিন্তু তাহা সম্যক্

নিমীলিত করিতে পারে না। কর্ণিয়া অনবরত অল্প বা অধিক পরিমাণে বায়ু সংস্পৃষ্ট ও বায়ুস্থিত-ধূলি-সংশ্লিষ্ট হইয়া এবং তৎসঙ্গে উহার পুষ্টির ব্যাঘাত হওয়ায়, উহাতে উত্তেজনা ও ক্ষত জন্মিতে পারে। এই রোগে কেবল অর্বিকিউলারিস্ পেশীই পক্ষাঘাত প্রাপ্ত হয়, এমত নহে, অধিকাংশ স্থলে, যে চক্ষুতে এই পীড়া হয়, মুখের সেই পার্শ্বস্থ সপ্তমস্নায়ুর আশ্রিত অন্যান্য পেশীও আক্রান্ত হয়। কিন্তু পীড়িত স্থানের স্পর্শানুভব শক্তির কোন বৈলক্ষণ্য ঘটে না।

বেল্ সাহেব ইহাকে পল্সী (Palsy) শব্দে উল্লেখ করিয়া গিয়াছেন, এবং এই বেল্স্ পল্সী রোগ—শৈত্য সংস্পর্শ, নানাবিধ মানসিক দুশ্চিন্তা ও স্নায়ুর আঘাত জনিত অপায় প্রভৃতি কারণ দ্বারা—সচরাচর সহসা উদ্ভূত হয়। অন্যান্য স্থলে, পীড়া ক্রমশঃ মৃদু বর্দ্ধিত হইতে থাকে; এবং ফেসিয়্যাল্ নার্ভ্ (Facial nerve) অর্থাৎ মৌখিক স্নায়ুর আবরকের অথবা য়্যাকুইডাক্টাস্ ফ্যালোপিয়াই (Aqueductus Fallopii) নামক স্থানের অস্থিপ্রাচীরের উপদংশ বা অন্যান্য প্রদাহের পরবর্ত্তী কোন পীড়া হইতে, অথবা টেম্পোর্যাল্ (Temporal) অস্থির পিট্রাস্ বিভাগে (Petrous portion) নিক্রোসিস্ রোগোৎপাদক অটাইটিস্ (Otitis) অর্থাৎ কর্ণপ্রদাহ জন্য উৎপন্ন হয়।

অত্যল্প সংখ্যক স্থলে, এই পীড়া, প্রথমতঃ, মস্তিষ্কে আরম্ভ হয়। এম্ ট্রাউসো সাহেব এইরূপ স্থল সকল নির্দ্দেশ করিয়া, উল্লেখ করেন যে, "পুটীয় অর্বিকিউলারিস্ পেশী, স্নায়ুর পীড়া হইতে যতদূর পক্ষাঘাত প্রাপ্ত হয়, মস্তিষ্কমণ্ডলের পীড়া হইতে তত দূর প্রাপ্ত হয় না। এই কারণেই, এবম্বিধ হেমিপ্লেজিক্ (Hemiplegic) বা পক্ষাঘাত প্রাপ্ত রোগীকে চক্ষু মুদিত করিতে বলিলে, সে তাহা মুদিত করিয়া অক্ষিগোলক সম্পূর্ণরূপে আবৃত রাখিতে পারে। কিন্তু সপ্তম স্নায়ুযুগ্মের (Seventh pair) পক্ষাঘাত স্থলে অক্ষিগোলক সম্পূর্ণ অনাবৃত হইয়া থাকে, অর্থাৎ রোগী অক্ষিপুট মুদিত করিতে পারে না" *। যাহা হউক, ফেসিয়্যাল্ প্যারালিসিস্ রোগের সম্প্রাপ্তি অত্যন্ত বিস্তৃত বলিয়া, তন্মধ্য হইতে এস্থলে প্রয়োজনীয় কতিপয় বিষয় উল্লিখিত হইল।

* Bazire's translation of Trousseau's "Clinical Medicine," vol. 1. p. 3.

পূর্ব্বেই উক্ত হইল যে, মুখমণ্ডলের পক্ষাঘাত রোগে অর্বিকিউলার‍্যারিস্ পেশী পীড়িত হয়; এবং তাহাতে কর্ণিয়ায় পর্য্যায়ক্রমে ক্ষত উৎপন্ন হইয়া চক্ষু ধ্বংশ হইতে পারে, অতএব অর্বিকিউল্যারিস্ যত দিন না স্বীয় ক্ষমতা প্রাপ্ত হয়, তত দিন প্যাড্ ও ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা চক্ষু মুদ্রিত রাখা বিধেয়। অপরন্তু, এই রোগের প্রথমাবস্থায়, অশ্রু, নিম্নাক্ষিপুট দিয়া প্রবাহিত হইতে না পারায়, অনবরত বিগলিত হইয়া যথেষ্ট কষ্টদায়ক হয়। অপিচ, অর্বিকিউল্যারিস্ পেশী পক্ষাঘাত প্রাপ্ত হওয়ায়, পংটম্ সকল (Puncta) প্রকৃতাবস্থানে স্থায়ী না থাকিয়া, অক্ষিগোলক হইতে ঝুলিয়া পড়ে, এবং তাহাতে অপাঙ্গদেশ হইতে বিন্দু বিন্দু অশ্রু নির্গত হইতে থাকে। এই রোগ অনেক স্থলে স্বয়ংই উপশমিত হইয়া যায়। তাড়িত প্রবাহের বেগে পীড়িত পেশী কিরূপ কার্য্যশীল হয়, তাহা নির্দ্ধারণ করা, এই রোগ উপশমিত হইবে কি না, তাহা জানিবার এক উত্তম পরীক্ষা স্থল। উক্ত যন্ত্রের বেগে উত্তেজিত হইয়া যদি পক্ষাঘাত প্রাপ্ত পেশী সঙ্কুচিত না হয়, তবে এই রোগ নিশ্চয়ই দুরারোগ্য বুঝিতে হইবেক।

যদিও সম্ভূত পক্ষাঘাত রোগ সচরাচর স্বয়ং উপশমিত হয়, তথাপি প্রত্যুত্তেজনা (Counter-irritation), ষ্ট্রিক্নীন, ভেরাট্রিয়ম্ সেবন, ও ফ্যারাডিজেশন্ ব্যবহার দ্বারা, কখন২ অপেক্ষাকৃত অল্প সময়েও আরোগ্য হইয়া যায়। উপদংশসম্ভূত স্থলে—অথবা মেলেরিয়া যাহার কারণ বলিয়া অনুমিত হয়, তথায়—যখন তাড়িত প্রবাহ দ্বারা পেশীদিগকে কার্য্যোত্তেজিত করা হয়, তখন তৎসঙ্গে২ আইওডাইড্ অব্ পোটাসিয়ম্ অথবা কুইনাইন্ প্রভৃতি তত্তৎ পীড়া নিবারক অন্যান্য ঔষধ সেবন করিতে ব্যবস্থা দেওয়া উচিত।

ব্লেফারস্প্যাজ্‌মস্——(Blepharospasmus) অথবা সাধারণতঃ যাহাকে অক্ষিপুটের চক্‌টিপি রোগ বলা যায়, তাহা অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর একবিধ রোগ। কেবল এই পেশীই পুনঃ২ অক্ষিপুট স্পন্দন রূপ বিশৃঙ্খলে আক্রান্ত হয়, পুটীয় লিভেটর্ পেশীকে তাহাতে অতি কদাচিৎ আক্রান্ত হইতে দেখা যায়।

কোন২ স্থলে এই রোগে ক্ষণস্থায়ী সঙ্কোচন (Clonic kind) হইতে থাকে, তাহাতেই, রোগী অনবরত চক্ষুরুন্মীলন ও নিমীলন করে; অথবা

যদি অক্ষিপুট-পেশীর কোন অংশে এইরূপ পীড়া হয়, তবে কেবল তদংশেই কুঞ্চন উপস্থিত হয়। সাধারণতঃ, ক্ষীণ ও উত্তেজনাশীল ব্যক্তিদিগেরই এই পীড়া হইয়া থকে। ইহা যদিও বিরক্তজনক, তথাপি ইহাতে কোন গুরুতর ফলোৎপত্তি হয় না। বলকারক ঔষধ ও তেজস্কর মালিশের (Stimulating liniment) দ্বারা উহা সত্বর উপশমিত হইয়া যায়। যাহা হউক, অনেকানেক স্থলে, অক্ষিপুটের এইরূপ অনবরতঃ মুদ্রণ রোগ, স্থায়ী রোগ হইয়া পড়ে; সুতরাং, দীর্ঘকাল রোগীর আত্মীয়বর্গের সমধিক তাচ্ছল্য প্রযুক্ত, উহা বিরক্তিকর হইয়া থাকে।

অপেক্ষাকৃত গুরুতর স্থল সমূহে, এই সঙ্কোচন টনিক্ (Tonic kind) অর্থাৎ অপেক্ষাকৃত দীর্ঘ ক্ষণস্থায়ী হইয়া থাকে, উহা বিচ্ছিন্ন বা অবিচ্ছিন্ন-ভাবে উদিত হয়। মধ্যে২ উদিত হইলেও, ইহা শাতিশয় কষ্টকর ও বিপদাবহ। কারণ—রোগী কোন না কোন সময়ে হঠাৎ প্রচণ্ড অক্ষিপুট মুদ্রণ দ্বারা আক্রান্ত হইয়া থাকে; এবং তৎসময়ে তাহার দৃষ্টির সম্পূর্ণ ব্যাঘাত জন্মে। মনে কর, যদি এই সময়ে সে কোন জনপূর্ণ রাজপথ অতিক্রম করে, তবে তাহার ভূমি-তলে পতিত ও পদতলে মর্দ্দিত হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা। অপিচ, অন্যান্য কার্য্যাদিতেও, এই রোগ যন্ত্রণাদায়ক। রোগী, কোন কর্ম্ম করিতে না পারায়, দরকারী কার্য্য সকলও করিতে পারে না।

কারণ—সচরাচর, সেন্সেটিভ্ অর্থাৎ চৈতন্যদ স্নায়ু হইতে মোটর্ অর্থাৎ গতিদ স্নায়ু পর্য্যন্ত উত্তেজনা প্রতিফলিত হইয়া, এই ব্লেফারস্প্যাজম্ রোগ জন্মে। এম্ ওয়েকার্ সাহেব, উত্তেজনা উৎপত্তি অনুসারে, এই রোগকে তিন শ্রেণীতে বিভক্ত করেন। ১ মতঃ—আঘাত জনিত; ২ য়তঃ—কর্ণিয়া বা কনজংটাইভার পীড়া নিবন্ধন; ৩ য়তঃ,—ফেসিয়্যাল্ স্নায়ুর শাখা সমূহ আক্রামক কোন রোগ সম্ভূত।

প্রথমোক্ত শ্রেণীতে, কর্ণিয়া কিম্বা কনজংটাইভার উপরিভাগে কোন বাহ্য পদার্থ বিদ্যমান থাকিয়া, পঞ্চম-স্নায়ুর শাখা সমূহকে উত্তেজিত করে। এই উত্তেজনা, সপ্তম বা গতিদ স্নায়ুর মধ্য দিয়া যে সকল পেশী দ্বারা এই স্নায়ু প্রতিপোষিত হয়, তাহাতে প্রতিফলিত হওতঃ, অক্ষিপুটের সহসা মুদ্রণ রোগ আনয়ন করে। প্রথমতঃ এই স্পন্দন হয় এবং কেবল অর্বিকিউল্যারিস্ পেশী-

তেই হয়; তৎপরেই উহা অবিশ্রান্তভাবে এবং শেষে মুখমণ্ডলের প্রায় সমুদায় পেশীতে বিস্তৃত হইতে পারে, বিশেষতঃ বলপূর্ব্বক অক্ষিপুট উন্মীলন করিবার চেষ্টায়, এই ঘটনা অনুভূত হইয়া থাকে। প্রথমতঃ এক চক্ষু পীড়িত হইতে পারে; কিন্তু পরিশেষে উভয় চক্ষুই পীড়িত হইয়া পড়ে।

দ্বিতীয় শ্রেণীতে, কর্ণিয়ায় কোন ক্ষত উৎপন্ন হইয়া, অথবা পষ্টিউলার্ কনজংটিভাইটিস্ রোগজ উত্তেজনা দ্বারা, এই পুটমুদ্রণ রোগ উৎপন্ন হইতে পারে। এইরূপ রোগের কারণ সকল অপনীত হইলেও, উহা থাকিতে পারে। ষ্ট্রুমস্ অফ্থ্যাল্মিয়া (Strumous Ophthalmia) নামক রোগে অক্ষিপুটের যে মুদ্রণ রোগ উল্লিখিত হয়, তাহা আমরা এই শ্রেণীভুক্ত করিলাম।

মুখমণ্ডলের নিউর‍্যাল্জিক্ টিক্ (Neuralgic tic) অর্থাৎ শিরাশূল যাতনা, তৃতীয় শ্রেণীভুক্ত। ইহাতে, পঞ্চম-স্নায়ুর—বিশেষতঃ তাহার সুপ্রাঅর্বিট্যাল্ শাখার—পীড়িত অবস্থা সপ্তম স্নায়ুযুগ্মে প্রতিফলিত হইয়া, অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর মুদ্রণদশা উপনীত করে। মেলেরিয়া, বাত ও শৈত্যসংস্পর্শ প্রভৃতি কারণে, এই ব্লেফারস্প্যাসম্ রোগ, সচরাচর জন্মিয়া থাকে।

চিকিৎসা——রোগের প্রকৃতি দেখিয়া চিকিৎসার প্রভেদ হইয়া থাকে। চক্ষুতে কোন বাহ্য পদার্থ পতিত হইয়া পুটমুদ্রণ উপস্থিত হইলে, উক্ত আবাতদ পদার্থকে সত্বরং বহির্গত করা বিধেয়। সেইরূপ কনজংটাইভার পীড়া জন্য হইলে, অগ্রে সেই রোগ আরোগ্য করিবার চেষ্টা দেখিতে হয়। কিন্তু তৃতীয় শ্রেণীস্থ রোগ সকলে, পঞ্চম-স্নায়ুর কোন্ শাখা সাধারণতঃ আক্রান্ত হইয়াছে, অগ্রে তদনুধাবন করা বৈধ; এবং এই বিষয় নির্ণয় করিবার নিমিত্ত, অক্ষিপুটোপরি নানাদিকে প্রতিচাপ দিতে হয়—যেমন সুপ্রা-অর্বিট্যাল্ স্নায়ুর মুখদ্বারে প্রতিচাপ দিবার সময়, এরূপ অনুসন্ধান করিতে হয় যে, পুটমুদ্রণ বা স্পন্দন এই প্রতিচাপে স্থগিত হইতেছে কি না। অপিচ, এইরূপে আমরা ডেন্ট্যাল্ ফোরামেনে (Dental foramen) অর্থাৎ দন্ত্য ছিদ্রে অধঃস্থ দন্ত্য স্নায়ু (Inferior Dental nerve) পরীক্ষা করিতে পারি। এই পরীক্ষায়, যদি পঞ্চম-স্নায়ুর শাখা মধ্যে উত্তেজনার বিরাম স্থান অনুভব হয়,, তবে বোধ হয়, স্নায়ু বিভাগ করিয়া, অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর স্প্যাজম্ বা আক্ষেপ রোগ নিবারণ করিতে পারা যায়। মুখমণ্ডলের দুই

পার্শ্বস্থ স্নায়ু সকল বিভাগ করাও আবশ্যক হইতে পারে। এই অস্ত্র-প্রক্রিয়ায় কোন উপকার হইয়াছে, প্রথমতঃ এমত অনুভব হইতে পারে না; কিন্তু যখন এই পুটস্পন্দন ক্রমশঃ অপনীত হইয়া যায়, তখন রোগী বিলক্ষণ আরাম বোধ করিতে থাকে। দুর্ভাগ্যক্রমে, বাস্তবতঃ এইরূপে উপশমিত হইয়াও, এই রোগ কখনং প্রত্যাবর্ত্তন করে।

রেকারস্প্যাজম্ অর্থাৎ পুনঃ২ পুটস্পন্দন বা স্পন্দন রোগ নিবারণ করিতে অন্যান্য যে সকল ঔষধ প্রয়োজন হইতে পারে, তন্মধ্যে তড়িত সম্বন্ধীয় অবিচ্ছিন্ন প্রবাহ এবং চর্ম্ম নিম্নে মর্ফিয়ার পিচ্‌কারি দেওয়াই, প্রধানতম ঔষধ। অস্ত্র চিকিৎসার পূর্ব্বেই, এই সকলের গুণ পরীক্ষা করা উচিত। প্রথমতঃ সুপ্রা-অর্বিট্যাল্ স্নায়ুর শাখা সকলের অবস্থানোপরি পিচ্‌কারি দেওয়াই বৈধ।

এইরূপ রোগে অত্যন্ত সতর্ক হইয়া দন্ত পরীক্ষা করিতে বিস্মৃত হওয়া উপযুক্ত নহে। কেরিয়স্ রোগগ্রস্ত দন্ত উত্তোলিত করিলে, বোধ হয়, এই রোগ একেবারেই নিরাময় হইয়া যাইতে পারে। এইরূপে যদি পঞ্চম-স্নায়ুর শাখা সকল ক্ষত-কলঙ্কিত টিসু (Cicatricial tissue) দ্বারা পীড়িত হয়, তবে সেই টিসু বিভাজিত করিয়া তজ্জনিত সেন্সিয়েন্ট্ ফাইবার্ (Sensient fiber) অর্থাৎ স্নায়ুর স্পর্শচেতন সূত্র সকলের উত্তেজনা তিরোহিত করা উচিত। বস্তুতঃ, সদ্বিবেচনা এবং উপযুক্ত ঔষধ ব্যবস্থা দ্বারা আমরা এই ভয়ানক কষ্টকর রোগের নানাবিধ স্থল যথার্থ অনুমান করিতে ও তাহা সফলদায়করূপে নিরাময় করিতে সমর্থ হইয়া থাকি।

অক্ষিপুট এবং পক্ষ্মের অবস্থান-বৈপরীত্য (Malpositions of the Eye lids and Eyelashes)

এন্ট্রোপিয়ম্ ——(Entropium) অথবা অক্ষিপুট প্রান্তভাগের চক্ষুরভিমুখীন বক্রতা, কখন আংশিক, কখন বা সম্পূর্ণ হইতে পারে। সুবিধার নিমিত্ত এই রোগকে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করা যায়,—স্প্যাজ্‌মোডিক্ অর্থাৎ আক্ষেপিক এবং পার্মেনেণ্ট্ বা স্থায়ী।

প্রথমোক্ত শ্রেণী, শিথিল ও লোল চর্ম্ম বিশিষ্ট বৃদ্ধ মনুষ্য ব্যতিরেকে, অপর

আমরা সচরাচর "চক্ষু লাফাইতেছে" 'চক্ষু নাচিতেছে' ইত্যাদি শব্দে এই রেকারস্প্যাজম্ বা পুনঃ২ পুটস্পন্দন রোগ ব্যক্ত করিয়া থাকি।

কোন ব্যক্তিতে, অতি কদাচিৎ দৃষ্ট হয়। নিকাশন করিবার বা তদ্রূপ অন্য কোন অস্ত্রপ্রক্রিয়ার পরে, চক্ষুতে যেরূপ সর্ব্বদা কম্প্রেস্ ও ব্যাণ্ডেজ্ বন্ধন করিতে হয়, তদ্রূপ বন্ধন হইতে এইরূপ রোগ কখনং উদ্ভূত হইতে দেখা গিয়া থাকে।

এই অক্ষিপুটের সিলিয়ারি বা পক্ষ্মযুক্ত প্রান্তভাগ স্বয়ং অন্তর্দ্দিকে বক্র হইয়া, তৎসঙ্গেং সিলিয়া বা পক্ষ্ম-সমষ্টিকেও লইয়া যায়। এমত কি, অক্ষিপুটের চর্ম্ম টানিয়া স্বাভাবিক অবস্থানে না আনিলে, উহাদিগকে আর দেখিতে পাওয়া যায় না। যাহা হউক, শীঘ্রই অক্ষিপুটের প্রান্তভাগ, অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর সূত্র সমষ্টির অযথা সঙ্কোচন প্রযুক্ত, চক্ষুর অভ্যন্তরে পুনর্ব্বার বক্রিম হইয়া পড়ে। এইরূপ স্থলে বহিঃস্থ চর্ম্ম যে কেবল লোল অবস্থাপন্ন হয় এমত নহে, অর্ব্বিকিউল্যারিস্ পেশীর বহিঃস্থ সূত্র সকলেরও শক্তির হ্রাস হইয়া থাকে। আর উহার যে সকল সূত্র অক্ষিপুটের প্রান্তভাগে থাকে, তাহারা অস্বাভাবিক শক্তিতে কার্য্য করতঃ, পূর্ব্বোল্লিখিত রূপে পক্ষ্ম গুলিকে বক্রভাবে চক্ষুর অন্তর্দ্দিকে লইয়া যায়। এইরূপে পক্ষ্ম সকল নিয়ত কর্ণিয়ার উপর সংস্পর্শিত হওয়ায়, তথায় এত পরিমাণে উত্তেজনা উত্তেজিত করিতে পারে যে—কর্ণিয়ার সৌত্রিক বিধান ক্রমশঃ সাংপ্রাপ্তিক পরিবর্ত্তনে পরিবর্ত্তিত হইয়া, পরিশেষে রক্তবহ-নাড়ী -সমাবেশনজনিত অস্বচ্ছতায় পরিণত হয়; অথবা তথায় হানিজনক ক্ষত উৎপন্ন করে।

চিকিৎসা।——চক্ষু হইতে মস্থ বা শুক্র (Cataract ছানি) নিকাশনের পর অক্ষিপুটে যে ব্যাণ্ডেজ্ বন্ধন করিতে হয়, তাহার প্রতিচাপ প্রভৃতি কোন প্রকার মেক্যানিক্যাল্ (Mechanical) কারণ হইতে এই এন্‌ট্রোপিয়ন্ রোগ উৎপন্ন হইলে, অগ্রে সেই কারণ দূরীকরণ করাই কর্ত্তব্য। তাহা হইলে, কিছু দিনের মধ্যেই অর্ব্বিকিউল্যারিস্ পেশী স্বকীয় কার্য্য পুনঃ প্রাপ্ত হইবে; এবং অক্ষিপুটও প্রকৃত অবস্থাপন্ন হইবে। অক্ষিপুট টানিয়া উহার বহিঃস্থ চর্ম্মোপরি এক স্তর কলোডিয়ন্ অথবা এক খণ্ড প্ল্যাষ্টার্ সংলগ্ন করিয়া, উহাকে প্রকৃত অবস্থানে স্থায়ী রাখিলে, পূর্ব্বোল্লিখিত কার্য্য অনেক সত্বর হয়।

দুরপনেয় হইলে, প্রান্ত ভাগের সমান্তর করিয়া, অক্ষিপুট হইতে এক খণ্ড চর্ম্ম এবং চর্ম্ম-নিম্নস্থ টিস্থ কর্ত্তন করিয়া লইতে হয়। এই সকল টিস্থ যখন

সিকেট্রাইসড্ হইতে থাকে, তখন উহারা সঙ্কুচিত হইয়া, অক্ষিপুটকে সঙ্কুচিত ও প্রকৃত অবস্থানে পুনঃস্থায়ী রাখে।

এই শস্ত্রোপচারের নানাবিধ প্রকরণ বলিয়া, কেহ কেহ বিবেচনা করিতে পারেন যে, ইহা সাধন করা অতি কঠিন কর্ম্ম; কিন্তু ইহা অপেক্ষা আর কিছুই সহজ হইতে পারে না। এক খানি এণ্ট্রোপিয়ম্ ফরসেপ্স্ দ্বারা অক্ষিপুটের সিলিয়ারি প্রান্ত-ভাগের সমান্তর ভাবে, চর্ম্ম ধৃত ও উত্তোলিত করতঃ, এক-খানি বক্র কাঁচি দ্বারা সেই চর্ম্ম ছেদন করিয়া লইতে হয় (১২ শ, প্রতিকৃতি দেখ)। ফরসেপ্স্ দ্বারা যে পরিমাণে চর্ম্ম ধরিলে পক্ষ্ম গুলি স্বস্থানে আইসে, সেই পরিমাণে চর্ম্ম ছেদন করা আবশ্যক হয় ইহা বুঝিয়া, এণ্ট্রো-পিয়মের বক্রতানুসারে কত পরিমাণে চর্ম্ম ছেদন করা আবশ্যক—জানা যাইতে পারে। অপিচ, যাহাতে পংটা আঘাতিত না হয়, এরূপ সতর্ক হওয়াও উচিত।

১২শ, প্রতিকৃতি।



বস্তুতঃ, নাসাপাঙ্গ দেশাভিমুখের চর্ম্ম ছেদন করা কোন মতে উচিত নহে; কারণ—তৎচ্ছেদনে পংটম্ আঘাতিত না হইলেও, শুষ্ক ক্ষতকলঙ্কের সঙ্কোচন প্রযুক্ত, উহা উল্টাইয়া আসিতে পারে; সুতরাং, তাহাতে রোগীর অনেক অসুবিধা ঘটে। পংটমের মধ্য দিয়া অশ্রু প্রবাহিত হইয়া আসিতে না পারায়, চক্ষু সর্ব্বদা জলপূর্ণ থাকে। পূর্ব্বনির্দ্দিষ্ট স্থানের চর্ম্ম রক্ষা করিলে, এই দুর্দ্দৈব ঘটনা কখনই ঘটিতে পারে না।

স্থায়ী এণ্ট্রোপিয়ম্।—স্থায়ী ও স্প্যাজ্‌মোডিক্ বা আক্ষেপ জনিত এণ্ট্রোপিয়মের মধ্যে এই প্রভেদ যে—পূর্ব্বোক্ত রোগে, অক্ষিপুটের ভিতর-দিকে বক্রিমভাব তাহার নির্ম্মাণগত পরিবর্ত্তনের উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করে; এবং এই পরিবর্ত্তন, প্রায় সর্ব্বদাই গ্র্যানিউলার্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ প্রযুক্তই হইয়া থাকে। বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগেরও, অক্ষিগোলক কোটর মধ্যে প্রবেশ হেতু, উক্ত রোগ হইতে পারে। তাহা হইলে অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর প্যাল্‌পিব্রাল্ বা পক্ষ্ম প্রান্তভাগ ভিতরদিকে উল্টাইবার সমধিক সম্ভাবনা

থাকে। ঊর্দ্ধ বা অধঃ উভয় অক্ষিপুটই সমভাবে এই রোগের অধীন; এবং ইহাতে এক কিম্বা উভয় চক্ষুই পীড়িত হইতে পারে।

পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে যে, অধিকাংশ স্থলে স্থায়ী এণ্ট্রোপিয়ম্, গ্র্যানিউলার্ কন্‌জংটিভাইটিস্ কারণে উৎপন্ন হইয়া থাকে। ইহাতে শ্লৈষ্মিক এবং তন্নিম্নস্থ ঝিল্লিতে ক্ষত, কলঙ্ক সমুৎপাদিত হয়; সেই সকল কলঙ্ক আকারে সঙ্কুচিত হইবার সময়, পুটোপাস্থিকে এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত ও ঊর্দ্ধ হইতে অধোদিকে খর্ব্ব করিয়া তুলে। এইমতে ব্যাধিযুক্ত চক্ষুর সিলিয়ারি বা পক্ষযুক্ত প্রান্তভাগ, পুটোপাস্থির প্রাকৃতিক বক্রতার বৃদ্ধি হেতু, অন্তর্দ্দিকে খর্ব্ব হয়। এইরূপে আক্রান্ত অক্ষিপুটও, এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত হ্রস্ব হয়; এবং সেই অক্ষিপুটের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লি প্রায় সচরাচর অতিশয় সূক্ষ্ম হইয়া থাকে। এই সকল নির্ম্মাণগত পরিবর্ত্তন বিদ্যমান থাকায়, যদ্রূপ স্প্যাজ্‌মোডিক্ এণ্ট্রোপিয়মে অক্ষিপুটের চর্ম্ম টানিয়া পক্ষ্ম সকলকে তাহাদের প্রকৃত অবস্থানে স্থায়ী রাখা যায়, এস্থলে তদ্রূপ স্থায়ী রাখা অসম্ভব।

স্থায়ী এণ্ট্রোপিয়ম্ রোগে, পক্ষ্ম সকল প্রায় সচরাচর ধ্বংস প্রাপ্ত হয়; কেবল কতকগুলি বিষম ও বক্র পক্ষ্ম অবশিষ্ট থাকে। যাহা হউক, চক্ষু উন্মীলন ও নিমীলন সময়ে, এই সকল পক্ষ্ম মূল, কর্ণিয়ার উপরিভাগে সতত ঘর্ষণ করিয়া এত পরিমাণে উত্তেজনা আনয়ন করে যে, কর্ণিয়ার স্বচ্ছতা ক্রমশঃ বিলুপ্ত হইয়া কার্য্যতঃ চক্ষুকে অকর্ম্মণ্য করিয়া তুলে।

চক্ষুতে কখনং চূর্ণ বা তদ্রূপ কোন পদার্থ পতিত হইয়া, রাসায়নিক কার্য্য দ্বারা কন্‌জংটাইভাকে বিগলিত এবং শুষ্ক ক্ষতকলঙ্কযুক্ত করত, পুটপ্রান্ত-ভাগকে উল্টাইয়া—এণ্ট্রোপিয়ম্ রোগের উৎপত্তি করে।

চিকিৎসা।——স্থায়ী এণ্ট্রোপিয়ম্ রোগ চিকিৎসা করিতে হইলে, বাল্‌ব্ বা পক্ষ্মমূল সমবেত পক্ষ্ম সকল উৎপাটন করিয়া, তাহাদিগকে ভবিষ্যতে কর্ণিয়ায় ঘর্ষিত হইতে বাধা দিতে হয়; অথবা কিয়দংশ চর্ম্ম ছেদন করিয়া অথবা পুটোপাস্থিতে গহ্বর করিলেও, অক্ষিপুটপ্রান্ত স্বস্থানে প্রত্যানীত হয়।*

---

* পুরাতন এণ্ট্রোপিয়ম্ এবং একট্রোপিয়ম্ রোগ উপশম করিতে হইলে, যেং শস্ত্রপ্রণালী অবলম্বন করিতে হয়, গ্রন্থকর্ত্তা তৎসমুদয় বর্ণনা না করিয়া, তিনি স্বয়ং যেরূপ শস্ত্রপ্রণালী অবলম্বন করেন, এস্থলে তদ্বিষয়ক মন্তব্য প্রকটিত

নিম্নলিখিত রূপে বাল্‌ব্ বা মূল সমবেত পক্ষ্মসমষ্টি নিষ্কাশন (Excise) করিতে হয় ;—ডেস্‌মারেস্ সাহেবের কৃত একটি ফর্সেপ্স্ অক্ষিপুটে প্রয়োগ করণান্তর, অক্ষিপুট প্রান্ত হইতে $\frac{1}{8}$ ইঞ্চ অন্তরে ও উহার সমান্তরভাবে চর্ম্ম ও চর্ম্ম নিম্নস্থ টিসুর মধ্য দিয়া পুটোপাস্থি পর্য্যন্ত শস্ত্র নিমজ্জিত করতঃ— চর্ম্ম বিভাজিত করিতে হয়। শস্ত্র ক্ষতের দুই প্রান্ত অক্ষিপুটের অসংলগ্ন প্রান্ত পর্য্যন্ত আনিয়া, কর্ত্তিতস্থান-মধ্যস্থ চর্ম্মনিম্নস্থ টিসু এবং পক্ষ্মাঙ্কুরের সহিত ক্ষুদ্র গোল চর্ম্ম-খণ্ড, পুটোপাস্থি হইতে ছেদন করিয়া লইতে হয। অত্যন্ত সতর্ক হইয়া ক্ষত স্থান পরিষ্কার করতঃ, তথায় আর অধিক পক্ষ্মমূল আছে কি না—পরীক্ষা করিতে হয় ; যদি থাকে, তবে তাহাও বহির্গত করা বিধেয়। ক্ষত যতদিন পর্য্যন্ত আরোগ্য না হয, ততদিন পর্য্যন্ত ক্ষত-স্থানে শীতল জলের পটী সংলগ্ন করা যাইতে পারে।

পক্ষ্ম বিনষ্ট করা যদি বিবেচনা সিদ্ধ না হয, তবে নিম্নলিখিত শস্ত্রপ্রক্রিয়া অবলম্বন করা উচিত। ডেস্‌মারেস্ সাহেবের কৃত ফর্সেপ্স্ অক্ষিপুটে নিয়োজিত করিয়া, পক্ষ্ম প্রান্তভাগ হইতে $\frac{1}{8}$ ইঞ্চ্ পরিমিত অন্তরে ও তাহার সমান্তরভাবে অক্ষিপুটচর্ম্ম ও চর্ম্মনিম্নস্থ টিসুর মধ্য দিযা টার্সাল্ কার্টিলেজ্ অর্থাৎ পুটোপাস্থি পর্য্যন্ত, যাহাতে পক্ষ্মাঙ্কুর ধ্বংস না হয় তদ্বিষয়ে সাবধান হইয়া, শস্ত্র নিমজ্জিত করিতে হয়। এই শস্ত্র-ক্ষতের সমান্তর ও সমগভীর ও উহা হইতে $\frac{1}{8}$ ইঞ্চ্ অন্তরে, আর একটী শস্ত্র-ক্ষত করিয়া—উভয় ক্ষতের প্রান্তদ্বয় সংলগ্ন করিয়া দিতে হয়। অতঃপর তির্য্যগ্‌ভাবে অধঃদিকে পুটোপাস্থি পর্য্যন্ত এই ক্ষত গভীরতর করিয়া, ক্ষতমধ্যস্থ চর্ম্ম, চর্ম্মনিম্নস্থ টিসু ও পুটোপাস্থি বিভাজিত করিয়া—উহার উপর একটী গহ্বরও প্রস্তুত করিতে হয়। এইরূপ শস্ত্র প্রয়োগ করিবার অভিপ্রায় এই যে, এতদ্দ্বারা চর্ম্ম ও পুটোপাস্থির একখণ্ড দীর্ঘাকৃতি কুঠারবৎ অংশ ছেদন করিয়া লওয়া যায় ; তাহাতে, যখন ঐ ক্ষত স্থানের প্রান্ত সংমিলিত হইয়া যাইবে, তখন অক্ষিপুটের বক্রপ্রান্ত উল্টাইয়া আসিয়া স্বাভাবিক অবস্থায় প্রত্যানীত হইবে। এইরূপ শস্ত্র করিবার সময়ে পংটম্ যাহাতে আঘাত

হইল ; তিনি তৎসমস্ত বর্ণনা করিলে, এরূপ ক্ষুদ্র পুস্তকে তাহা সন্নিবিষ্ট হওয়াও অত্যন্ত অসম্ভব হইত। See A. von Grafe's method in *Ophthalmic Review*, [vol. iii. p. 299.]

আপ্তি না হয়, অথবা উঁহাদের নিকটবর্ত্তী চর্ম্ম হেলনে উহারা উল্টাইয়া আসিতে না পারে, এরূপ সাবধান হওয়া উচিত। *

সচরাচর, এই এক্টে্রাপিয়ম্ রোগে, পুটোপান্ত, এক পার্শ্ব হইতে অন্য পার্শ্ব পর্য্যন্ত খর্ব্বীভূত হয় এবং তজ্জন্য রোগও বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয়। ইহাতে সহজেই প্রতীয়মান হইতেছে যে, এই রূপ উপসর্গ ঘটিলে, পুটদ্বয়ের পরস্পর অন্তরালের দ্রাঘিমাস্থানীয় ব্যাসও ক্ষুদ্র হয়। এই হেতু, (অতঃপর কর্ণিয়ার রক্তবহা-নাড়ী সমাবেশন জনিত অস্বচ্ছতা নিরাময়ের উপায় বর্ণন কালে ইহা বিশেষ করিয়া বুঝান হইবে,) বহিরপাঙ্গদেশস্থ অক্ষিপুটের সংযোগ স্থানকে ম্যালার্ বোন্ অর্থাৎ গণ্ডাস্থির অর্বিট্যাল্ প্রোসেস্ পর্য্যন্ত ভেদ করিয়া, যতদিন পর্য্যন্ত ক্ষত স্থান শুষ্ক ক্ষতকলঙ্কযুক্ত না হইবে, ততদিন পর্য্যন্ত উহার দুই পুটপ্রান্ত অসংলগ্নভাবে রাখিয়া দিতে হয়; এরূপ করিলে তাহারা সংযুক্ত হইয়া যাইতে পারে না এবং পরিশেষে প্যাল্পিব্রাল্ ফিসার বা অক্ষিপুটদ্বয়ের অন্তরাল (Palpebral fissure) বৃহত্তর হইয়া পড়ে।

পশ্চাল্লিখিত উপায়ে ইহা সাধিত হয়। বহিরপাঙ্গদেশস্থ অক্ষিপুটের সংযোগস্থানকে বিভাজিত করিয়া, তৎপরে—ঊর্দ্ধস্থ ক্ষত-প্রান্ত ললাটদেশের এক ভাঁজ চর্ম্মে, এবং অধঃস্থ ক্ষত-প্রান্ত গণ্ডদেশের এক ভাঁজ চর্ম্মে আবদ্ধ করিয়া, উত্তম রূপে পৃথক করিয়া রাখিবে। বস্তুতঃ, পাশাপাশি বিস্তৃত ক্ষতকে ঊর্দ্ধাধঃ অবস্থায় আনিবে। এই বিষয় ১৩ শ, প্রতিকৃতিতে সুস্পষ্ট পরিদর্শিত হইতেছে। এই প্রতিকৃতিতে সুচার্ সকল, ক্ষতস্থানের প্রান্তভাগে অক্ষিপুট বিদ্ধ করিয়া পূর্ব্বোল্লিখিতরূপে ললাট ও গণ্ডচর্ম্মে বন্ধন করা হইয়াছে; সুতরাং যত দিন এই সকল সুচার্ অবস্থিত থাকিবে, ততদিন পর্য্যন্ত যে ক্ষত-প্রান্ত পরস্পর মিলিত হইতে পারিবে না, তদ্বিষয়ে কোন সন্দেহ জন্মিতে পারে না। চিকিৎসাকালে আমরা রোগীদিগকে কার্য্যে

১৩ শ প্রতিকৃতি।



* Streatfield, "On Grooving the Fibro-cartilage," *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. i. p. 123

এইরূপ চিকিৎসাধীন হইতে দেখিতে পাই না ; কারণ—ইহাতে তাহাদিগকে অতিশয় কষ্ট ও অসুবিধা সহ্য করিতে হয় ; এবং যদিও এই চিকিৎসার অধীন হইলে, নিশ্চয়ই উপকার পাওয়া যায়—তথাপি এই অভিপ্রায় সাধনের নিমিত্ত অন্য কোন সহজ উপায় নির্দ্ধারণ করা নিতান্ত অভিলষণীয়। যাহা হউক, অক্ষিপুটদ্বয়ের সংযোগ স্থলকে চিরিয়া, পরে প্রত্যেক প্রান্তের কনজংটাইভা ও বহিশ্চর্ম্ম প্রান্ত, কতকগুলি সূচার্ দ্বারা মুখে২ একত্র করিয়া বন্ধন করিলেও, উক্তঅভিপ্রায় কিয়দংশে সাধিত হইতে পারে।

প্যাজেন্ষ্টেচার্ সাহেব বহিরপাঙ্গস্থানীয় অক্ষিপুটের সংযোগস্থানকে বিভাজিত করিয়া, পরে এক ভাঁজ সমান্তর সমতল চর্ম্ম অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর সহিত এক খানি ফর্সেপ্স্ দ্বারা ধৃত করতঃ, পরে সেই ভাঁজের তলদেশ মধ্য দিয়া কতকগুলি লিগেচর্ সঞ্চালিত করিয়া থাকেন ; এবং এই লিগেচর্ সকলকে, চর্ম্ম-মধ্য দিয়া আপনা হইতে বহির্গত হইতে দেন। তাহাতে শুষ্ক ক্ষতকলঙ্ক উৎপন্ন হইলে, অক্ষিপুটকে স্থায়ীভাবে উল্টাইয়া রাখিতে পারে। চর্ম্ম মধ্য দিয়া লিগেচর্ প্রবেশ করিবার সময়, নীডল্ বা সূচিকার অগ্রভাগ পুটোপাস্থির উপরিভাগের অতি সন্নিকটে প্রবেশিত করিয়া, ঠিক অক্ষিপুট প্রান্তভাগ দিয়া বহির্গত করিয়া আনিতে হয়। পরে, লিগেচর্ অতি দৃঢ়রূপে সংবদ্ধ করিয়া, তথায় পূয় উৎপাদিত করতঃ স্বয়ং উহাদিগকে বহির্গত হইতে দেওয়া উচিত। এই পূয়োৎপাদন ছয় কিম্বা আট দিবসের মধ্যেই হইয়া থাকে। শস্ত্র করিবার পরেই, তথায় শীতল জলের পটী সংলগ্ন করিতে হয়।

একট্রোপিয়ম্ (Ectropium) বা অক্ষিপুটের বাহ্যদিকে বক্রতা।

সচরাচর অধোক্ষিপুটে এই রোগ হইয়া থাকে। এইরূপ রোগ তিন শ্রেণীতে বিভক্ত হইয়া বর্ণিত হইতেছে। ১ মতঃ—অক্ষিপুটের ক্ষণিক বক্রতা, ইহা সচরাচর পিউরিউলেন্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগ বশতঃ উৎপন্ন হইয়া থাকে। ২ য়তঃ,—কনজংটাইভার বিবৃদ্ধিজনিত অক্ষিপুট বক্রতা। ৩য়তঃ,—অপায় বা পীড়া দ্বারা অক্ষিপুটের চর্ম্ম ধ্বংস হইলে, তথায় ক্ষত-কলঙ্ক উৎপন্ন ও সঙ্কুচিত হইয়া, এই বক্রতা আনয়ন করিতে পারে।

১। প্রথমোক্ত শ্রেণী সচরাচর নিম্নলিখিত কারণেই উৎপন্ন হইয়া থাকে ; পিউরিউলেন্ট্ কন্জংটিভাইটিস্ রোগে মিউকস্ মেম্ব্রেণ (পুটীয় কনজংটাইভা)

এত পরিমাণে স্ফীত হইয়া উঠে যে, তাহাতে অসংলগ্ন অক্ষিপুটপ্রান্ত সম্মুখদিকে, পুটীয় কন্‌জংটাইভা পরীক্ষার সময় যেরূপ উল্টান যায়, ঠিক তদ্রূপ উল্টাইয়া আইসে। এই সকল অবস্থায়, অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর সূত্র সকল যে স্থানে অক্ষিপুট উল্টাইয়া আসিয়াছে, ঠিক সেই স্থানে রক্তবহনাড়ী সকলে পীড়নকবতঃ, তন্মধ্য দিয়া রক্ত-সঞ্চলন প্রতিরোধ করে; সুতরাং, তন্নিমিত্ত বিপরীতগ্রস্ত কনজংটাইভা বিগলিত হইয়া চক্ষুর অনিবার্য্য ক্ষতি উপস্থিত করিতে পারে। পিউরিউলেণ্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত ক্ষুদ্র২ শিশুদিগেরও এইরূপ রোগ জন্মিবার বিশেষ সম্ভাবনা। বোধ হয়, উক্ত কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগোপশমার্থে চক্ষুতে বিন্দু২ লোশন্ প্রদান করিবার সময় অক্ষিপুটকে যে উল্টান যায়, লোশন্ প্রদত্ত হইলে, তৎক্ষণাৎ তাহাকে স্বস্থানে প্রত্যাবৃত্ত না করায়, অক্ষিপুটের এইরূপ বক্রতা ভাব উপস্থিত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।——অক্ষিপুটের এইরূপ বক্রতা চিকিৎসা করিতে হইলে, স্ফীত ও বিপরীতগ্রস্ত কন্‌জংটাইভাকে অত্যল্প চিরিয়া দিয়া, রক্তবহানাড়ী সকলকে রক্তবিহীন করিতে হয়। পরিশেষে স্ফীত অক্ষিপুটের উপর ধীরে ধীরে পীড়ন করিয়া, শোফের (œdema) লাঘব করিতে হয়; সুতরাং, অক্ষিপুট সহজেই ক্রমশঃ প্রকৃত অবস্থানে অবস্থিত হইতে পারে। কিন্তু কোন২ স্থলে পুটের উপর প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা উহাকে চব্বিশ ঘণ্টা বন্ধন করিয়া রাখা আবশ্যক হয়। চক্ষু পরিষ্কার করিয়া, কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ নিরাময়ার্থে, উহাতে প্রয়োজনীয় ঔষধ প্রয়োগের নিমিত্ত, এই প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ সময়ে২ পরিবর্ত্তন করা আবশ্যক হইয়া থাকে।

২। দ্বিতীয় শ্রেণীস্থ এক্‌ট্রোপিয়ম্, যাহা কন্‌জংটাইভার বিবৃদ্ধি হেতু সমুৎপাদিত হয়, তাহা সচরাচর নিম্নলিখিত রূপে উৎপন্ন হইয়া থাকে। বৃদ্ধ ব্যক্তিদিগের অক্ষিপুটের চর্ম্ম লোল হয়, সুতরাং পংটা আর অধিক কাল অক্ষিগোলকের সান্নিধ্যবর্ত্তী থাকিতে না পারায়, অশ্রু চক্ষুতে পরিলিপ্তভাবে অবস্থান করে। এইরূপে লেকাস্ ল্যাক্রিম্যালিস্ (Lacus Lachrymalis) অর্থাৎ অশ্রুবহ হ্রদ সর্ব্বদা অশ্রুপূর্ণ থাকায়, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী যথেষ্ট উত্তেজিত হইয়া, পরিশেষে কন্‌জংটাইভার পুরাতন প্রদাহ এবং বিবৃদ্ধি নিশ্চয়ই সমুৎ-

পাদিত হয়। অতঃপর, ঘনীভূত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী অক্ষিপুটকে চক্ষু হইতে বহিঃস্থৃত করিয়া, একট্রোপিয়ম্ রোগের উৎপত্তি করে। চক্ষুর নাসাপাঙ্গদেশে সতত প্রবহমান অশ্রুর উত্তেজনা এবং রোগীর তদপনয়নে হস্তঘর্ষণাদি চেষ্টায়, উক্ত স্থান, প্রদাহ ও ক্ষত সমন্বিত হইয়া অক্ষিপুটের এই বক্রাবস্থা সমধিক বৃদ্ধি করে।

ঠিক এইরূপ অর্বিকিউল্যারিস্ পেশীর সূত্র সকলের আংশিক পক্ষাঘাতেও, এইরূপ একট্রোপিয়ম্ রোগ উৎপন্ন হইতে পারে। উহাতে, অধোক্ষিপুট চক্ষু হইতে ঝুলিয়া পড়ে, পংটা উল্‌টাইয়া যায়, এবং কন্‌জংটাইভার বিবৃদ্ধি হইয়া একট্রোপিয়ম্ রোগ উৎপন্ন হয়।

পুরাতন উত্তেজনা দ্বারা এবং শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী ঘনীভূত হইয়া অক্ষিপুটের যে উল্‌টান অবস্থা আনয়ন করে, তাহা উল্লিখিত কারণে অথবা টিনিয়া সিলিয়েরি (Tinea ciliaris) প্রভৃতি অপর কোন কারণে উৎপন্ন হউক না কেন, কিছু কাল পরে তদ্দ্বারা কেবল যে পুটোপাস্থি স্থায়ীভাবে উল্টাইয়া যায় এমত নহে, কিন্তু এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত অক্ষিপুটের দৈর্ঘতারও বৃদ্ধি হয়। অনাবৃত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী—ঘন, আরক্তিম ও স্তূপাকারে পরিবর্দ্ধিত হইয়া,—চর্ম্মের আকার ধারণ করে। এই হেতু, এই রোগে রোগী যে কেবল দেখিতে বিশ্রী হয়—এমত নহে; রোগী চক্ষু মুদ্রিত করিতে অসমর্থ হয় বলিয়া, ধূলি ও অন্যান্য অপবিকৃত দ্রব্য কর্ণিয়াতে আবদ্ধ হইয়া পড়ে; সুতরাং, সেই সকল এবং নিয়ত বাহ্যবায়ু স্পর্শনে কর্ণিয়ার রক্তবহা-নাড়ী সমাবিষ্ট হইয়া, তাহাকে অস্বচ্ছ করে; অথবা তথায় সাংঘাতিক ক্ষত বা চক্ষুর গভীরতর নির্ম্মাণে কোন পরিবর্ত্তন উৎপাদন করিতে পারে।

চিকিৎসা।——প্রথমতঃ সামান্যং স্থলে রেড্ প্রিসিপিটেট্ অয়েন্ট্‌মেন্ট্ কিরূপ কার্য্যকর হয়, তাহা পরীক্ষা করা আবশ্যক। উহা, প্রত্যহ দুইবার বিপরীতভাবে অক্ষিপুটের উপরিভাগে ও উভয় পুটের প্রান্তভাগে, প্রদান করিতে হয়। যদি ইহাতে কোন প্রকার ফল না দর্শে, তবে একট্রোপিয়মের নিকটস্থ চর্ম্ম অধঃদিকে আকর্ষণ করতঃ, অক্ষিপুটকে অধিকতর উল্টাইয়া ও কন্‌জংটাইভাকে শুষ্ক করিয়া, একটী কাঁচের কলম নাইট্রিক্ য়্যাসিডে মগ্ন করতঃ, অক্ষিপুটের প্রান্তভাগ হইতে ⅛ ইঞ্চ পরিমিত অন্তরে সমান্তর ভাবে উক্ত

সমুদায় বিপরীতন্যস্ত কন্‌জংটাইভার উপর স্পৃষ্ট করিয়া দিতে হয়। কন্‌জংটাইভাতে অতিরিক্ত নাইট্রিক্ য়্যাসিড্ অবশিষ্ট না থাকে, এই অভিপ্রায়ে ক্রমাগত পিচকারী দ্বারা উক্ত অংশ বিলক্ষণরূপ ধৌত করিতে হয়; পরিশেষে কিঞ্চিৎ সুইট্ অইল্ উহার উপরিভাগে মর্দ্দিত করিয়া, অক্ষিপুট সাবধান পূর্ব্বক প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা মুদ্রিত রাখা বিধেয়। অভিপ্রেত বিষয় সংসাধিত হইবার পূর্ব্বে এক মাস পর্য্যন্ত প্রতি সপ্তাহে একবার করিয়া, এই রূপে ঔষধ প্রদান ও প্রলেপন করা সাধারণতঃ সমধিক প্রয়োজনীয় হইয়া থাকে। আমরা বিবেচনা করিতে পারি যে, এই য়্যাসিড্ প্রদত্ত হইলে, কন্‌জংটাইভা বিগলিত হইতে পারে, কিন্তু বাস্তবিক তাহা কদাচিৎ হইয়া থাকে। এদিকে বিবৃদ্ধি-প্রাপ্ত টিসু ক্রমশঃ যথেষ্ট পরিমাণে সঙ্কুচিত হইয়া, অক্ষিপুটকে প্রকৃত অবস্থানে পুনঃস্থাপিত করে। যাহা হউক, এক্ষণে অক্ষিপুট অক্ষিগোলকের উপরিভাগে এরূপ উপযুক্ত স্থায়ী না হইতেও পারে যে, তদ্দারা অশ্রু পংটমের ভিতর দিয়া প্রবাহিত হয়; তন্নিমিত্ত অতঃপর ক্যানালিকিউলাস্ (Canaliculus) অর্থাৎ অশ্রুপ্রণালীকে, যেরূপ পরবর্ত্তী অধ্যায়ে বর্ণিত হইয়াছে, তদ্রূপ চিরিয়া দিতে হয়। নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার্ প্রভৃতি অন্য কোন প্রকার এস্ক্যারোটিক্ বা দাহক ঔষধ ব্যবহৃত হইতে পারে।

অধিক দিন স্থায়ী রোগে, কষ্টিক বা দাহক ঔষধ দিলে সচরাচর কোন ফল দর্শে না; সুতরাং, তৎস্থলে বিপরীতন্যস্ত অক্ষিপুট হইতে পক্ষপ্রান্তের সমান্তর ও সেই পুটের বিস্তারভাবে বৃত্তাভাসাকার একখণ্ড কন্‌জংটাইভা ছেদন করিয়া লইতে হয়। অক্ষিপুটের বিপর্য্যাস অনুসারে কনজংটাইভা ছেদন করা উচিত। বস্তুতঃ, কোনং এক্‌ট্রোপিয়ম্ রোগে যদ্রূপ একখণ্ড চর্ম্ম কর্ত্তন করিয়া লইতে হয়, তদ্রূপ এক্‌ট্রোপিয়ম্ রোগে বিপরীতন্যস্ত স্থান হইতে এক ভাঁজ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী (কন্‌জংটাইভা) ছেদন করিয়া লওয়া উচিত। ইহার প্রকৃত অভিপ্রায় এই যে, ক্ষত আরোগ্য ও সঙ্কুচিত হইবে, বিপরীতন্যস্ত অক্ষিপুট প্রত্যাবর্ত্তিত হইয়া অক্ষিগোলকের ঠিক উপর আসিয়া স্বাভাবিক অবস্থা প্রাপ্ত হয়। শস্ত্র করিবার পর, অক্ষিপুটে প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ বন্ধন করা উচিত।

পূর্ব্বেই উল্লেখিত হইল যে, এক্‌ট্রোপিয়ম্ রোগ অধিক দিন স্থায়ী হইলে, পুটোপাদ্ধি এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত পরিলম্বিত হইতে

পারে; এইরূপ হইলে কেবল কিয়দংশ কন্‌জংটাইভা ছেদন করা বৃথা মাত্র। তন্নিমিত্ত নিম্নলিখিত কোন শস্ত্র-প্রণালী অবলম্বন করিতে হয়।—

অধিক দিন ব্যাপী রোগে, যেখানে অনাবৃত কন্‌জংটাইভাও অধিক দিন পর্য্যন্ত বিবৃদ্ধি প্রাপ্ত হইয়াছে, সেখানে একখানি বিষ্টরি (Bistoury) কিম্বা একখানি কাঁচি দ্বারা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর বিবৃদ্ধির পরিমাণানুসারে কনজংটাইভা হইতে বৃত্তাভাসাকার (Elliptical) এক ক্ষুদ্র অংশ পুটো-পাস্থির ধার হইতে এক মানরেখা অন্তরে ও তাহার অধঃ প্রান্তের (যাহা উর্দ্ধ প্রান্ত হয়) সমান্তর ভাবে ছেদন করিয়া লইতে হয়। বৃহত্তর ছিদ্রবিশিষ্ট একটী বক্র নীডল বা সূচিকা দ্বারা মধুথসম্মার্জ্জিত তিনটী দৃঢ় লিগে-চর্ বা সূত্র এই ক্ষত স্থানের উপকূল-ভাগ দিয়া প্রবেশ করাইতে হয়। উক্ত প্রত্যেক সূত্রের দুই প্রান্ত একত্র করতঃ উহাদের সূচিকার ছিদ্র মধ্যে প্রবিষ্ট করিয়া, বাম হস্তের তর্জ্জনী নখের সাহায্যে উক্ত সূচিকা অক্ষিগোলক এবং অক্ষিপুটের অন্তরে সঞ্চালিত করতঃ, যেস্থানে কন্‌জংটাইভা অক্ষিগোলক হইতে অক্ষিপুটে প্রত্যাবর্ত্তিত হইয়াছে, ঠিক সেই স্থানে, উহা দ্বারা যত উর্দ্ধে পারা যায় তত উর্দ্ধে চর্ম্ম বিদ্ধ করিতে হয়।

১৪ শ, প্রতিকৃতি।



এক্ষণে এক খণ্ড প্ল্যাষ্টারের উপর প্রত্যেক লিগেচরের দুই প্রান্ত বাম ও দক্ষিণ পরিবর্ত্তন করিয়া ঢেবার ন্যায় উক্ত অক্ষি-কোটরের খিলনের অধঃভাগে দৃঢ়রূপে বন্ধন করিতে হয়। ইহা, পার্শ্ববর্ত্তী এই প্রতিকৃতিতে স্পষ্ট প্রকাশ-মান হইতেছে। এই শস্ত্র-প্রক্রিয়ায় ক্লোরোফর্ম্ ও প্রদাহ নিবারণ জন্য শীতল জলের পটি ব্যবহার করা এবং তিনদিবস পরে লিগেচর্ বহিষ্কৃত করা উচিত। *

অধোক্ষিপুটের একট্রোপিয়ম্ যাহা অসংলগ্ন প্রান্তভাগের দীর্ঘতায় ও টার্‌স্যাল্ কার্টিলেজের প্রসারণ প্রযুক্ত সমুৎপাদিত হয়, তাহাতে অক্ষিপুটকে সমতল ভাবে আকর্ষিত ও উর্দ্ধদিকে উত্তোলিত করিয়া রাখিলে, উহা পুনরায় অক্ষিগোলকের উপযোগী হইবে, তদ্বিষয়ে ভরসা করা যাইতে পারে।

* *Ophthalmic* Review, vol. iii, p. 113.

অক্ষিপুটদ্বয়ের অন্তরালকে কেবল ক্ষুদ্রতর করিয়া, অনেক স্থলে রোগ উপশমিত হইতে দেখা যায় নাই।*

যদি অক্ষিপুটের আচ্ছাদক চর্ম্ম যথেষ্ট পরিমাণে খর্ব্ব হইয়া না থাকে, এবং যদি উহার প্রান্তভাগ অন্যান্য বিষয়ে প্রকৃত অবস্থাপন্ন থাকে, তবে সচরাচর অক্ষিপুটের বহিঃস্থ অংশ হইতে একখণ্ড ত্রিভুজাকার চর্ম্ম ছেদন করিয়া, সেই ক্ষত সুচার্ দ্বারা মুদিত রাখিলেই যথেষ্ট হয়। এই অভিপ্রায়ের নিমিত্ত অক্ষিপুটের বহিঃস্থ সংযোগ-স্থলের প্রান্তদ্বয় আইরেডেক্টমি ছুরিকা দ্বারা ভিন্ন করিয়া দেওয়া উচিত। তৎপরে চর্ম্মের ত্রিভুজাকার এক খণ্ড ছেদন করা যায়। ইহা ১৫ শ প্রতিকৃতিতে দেখান হইয়াছে। পরে ক্ষতের প্রান্ত দ্বয় সুচার দ্বারা একত্রিত করিয়া যে পর্য্যন্ত সংযোগ না হয় তাবৎকাল একটী রক্ষক বা প্রটেক্‌টিভ্ ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা রক্ষা করা কর্ত্তব্য। টান পড়ার লাঘব করিবার নিমিত্ত, ক্ষত মুদিত করিবার পূর্ব্বেই উহার অন্তরস্থ প্রান্তকে তন্নিম্নস্থ টিসু হইতে কিয়দ্দূর পর্য্যন্ত পৃথকভূত রাখা উত্তম পরামর্শ; বিশেষতঃ পূর্ব্বোদ্ভূত উত্তেজনা দ্বারা যদি চর্ম্ম-নিম্নস্থ টিসু কিয়ৎপরিমাণে ঘন হইয়া, উহার আচ্ছাদক চর্ম্মপৃথক রাখিতে বাধা প্রদান করে, তবে এই বিধি বিশেষ প্রয়োজনীয় হইয়া পড়ে। আর টানপড়া লঘু করিবার নিমিত্ত, ক্ষতকলঙ্কিত স্থানের সমীপবর্ত্তী স্থান আকর্ষিত করিয়া, খণ্ড২ প্ল্যাষ্টার্ সংলগ্ন করাও যুক্তিসিদ্ধ।

যদি আমরা অক্ষিপুট এবং উহার বহিঃ সংযোগ স্থল অধিক উচ্চ রাখিতে ইচ্ছা করি, তবে শস্ত্র করিবার পূর্ব্বে অক্ষিপুটদ্বয় মুদিত ও অধোক্ষিপুটকে প্রকৃত অবস্থানে স্থায়ী রাখিয়া, উহার প্রান্তভাগ মৃদুরূপে সমতলভাবে আকর্ষিত করিতেহয়। পরে যেস্থলে উভয় অক্ষিপুটপ্রান্ত প্রকৃত অবস্থাপন্ন হইলে পরস্পর উপযোগী হয়, এবং যেখানে অধোক্ষিপুটের বাহ্যদিক অত্যল্পমাত্র টানযুক্ত হয়, সেইস্থানে উভয়াক্ষিপুটের প্রান্তে মসী দ্বারা দুইটী বিন্দু চিহ্নিত করিয়া রাখা আবশ্যক। তৎপরে এই অবস্থানে চক্ষুকে অবস্থিত রাখিয়া, বহিঃস্থ

* "Treatise on the Diseases of the Eye." by Carl Stellwag von Carion, translated by C. E. Hackley and D. B. St. John Roosa, p. 402; London, R. Hardwicke, 1868.

সংযোগস্থলের আচ্ছাদক চর্ম্ম সমতল ভাঁজে ক্রমশঃ উত্তোলিত করিতে হয়; এবং অধোক্ষিপুটের যত পরিমিত আচ্ছাদক চর্ম্ম ক্রমশঃ অঙ্গুলিদ্বয়ের মধ্যে ধৃত হইয়া, উক্ত পুটকে প্রকৃতাবস্থায় স্থায়ী করিয়াছে, এবং বহিঃসংযোগস্থল নাসাদিকস্থ সংযোগস্থলের সহিত সমোন্নত হইয়াছে, তাহা অঙ্গুলীদ্বয় মধ্যে ধৃত করা উচিত। অক্ষিপুটপ্রান্ত হইতে সমান্তরালভাবে দুই মানরেখা এই সমতল চর্ম্ম-ভাঁজের প্রস্থ হইলে উল্লিখিত সীমা মধ্যে আমরা এই চর্ম্মখণ্ড ছেদন করিয়া লই।

এই সময়ে একজন সহকারী চিকিৎসক রোগীর মস্তক ধরিবেন, এবং অপর এক জন শোণিতক্ষরণ নিবারণ অভিপ্রায়ে নিকটে দণ্ডায়মান থাকিবেন। শস্ত্রচিকিৎসক একখানি ক্ষুদ্র হর্ন্ স্প্যাচুলা (Horn-Spatula) বহিরপাঙ্গ-দেশস্থ সংযোগস্থলের অধঃদিকে প্রবেশিত করিয়া, (১৫ শ, প্রতিকৃতি দেখ) উক্ত স্থানকে কিঞ্চিৎ উত্তোলিত করিয়া ধরিবেন, এবং একখানি ল্যান্সেট্ আকার ছুরিকা দ্বারা তাহাকে ফেসিয়া টার্সো-অর্বিট্যালিসের (Fascia Tarso-orbitalis) নিকট পর্য্যন্ত ভেদ করতঃ, এক খানি স্ক্যাল্‌পেল্ দ্বারা *a* ও *b* শীর্ষক রেখা পর্য্যন্ত উভয়াক্ষিপুট ভেদ করিয়া, উক্ত ভিন্ন স্থানকে অধিকতর বৃহৎ করিবেন।

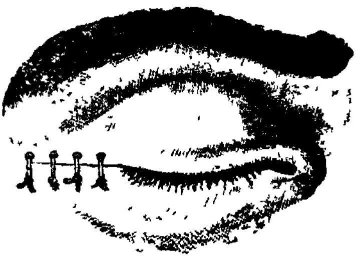
১৫ শ, প্রতিকৃতি।



এইরূপ উভয়াভ্যন্তরীণ-(Intra-marginal) দ্বিখণ্ডন সমাধা হইলে, প্রথমে অক্ষিপুটের অধঃ ও তৎপরে ঊর্দ্ধ প্রান্ত, শীর্ষক সীমারেখার অভ্যন্তর দিকে প্রায় ½ অথবা ¼ মানরেখা পরিমিত সমতল ভাবে কর্ত্তন করিতে হয়; এই ভেদনের সমস্ত বিস্তার পক্ষ্মসমষ্টির পশ্চাদ্দেশে পতিত হয়। (১৫শ, প্রতিকৃতি দেখ)

বহিস্থঃ সংযোগ-স্থল যত উচ্চ হইবে তাহা বুঝিয়া পুটপ্রান্ত হইতে অল্প বা অধিক দূর পর্য্যন্ত এই সমতল ভেদন করা বৈধ। কিন্তু সর্ব্বদা এই দুই কর্ত্তন পরস্পর সূক্ষ্মকোণ ভাবে অবস্থান করে, এমত ভাবে ভেদ করিবে; এবং এই সীমাবর্ত্তী চর্ম্ম ছেদ করিয়া লইয়া, তিনটী কিম্বা চারিটী সুচার্ দ্বারা ক্ষত বদ্ধ করিয়া রাখিতে হয়; প্রথম সুচার্ শীর্ষক সীমারেখার নিকট স্থাপিত হওয়া উচিত (১৫* শ, প্রতিকৃতি)।

(১৫* শ, প্রতিকৃতি)।



টান বা আযাম লঘু করিবার নিমিত্ত খণ্ড খণ্ড ষ্যাড্‌হীসিভ্ প্ল্যাষ্টার্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ ব্যবহার করা উচিত। এই সকল খণ্ড, গণ্ডদেশ ও ললাট দেশ সংলগ্ন থাকিয়া মধ্যস্থ চর্ম্ম টানিয়া রাখে।

যখন উভয়াক্ষিপুট-প্রান্তের দৈর্ঘ্যতার বিলক্ষণ তারতম্য থাকে, তখন শস্ত্র-প্রক্রিয়ার পর সুচারের পশ্চাতে এক ভাঁজ বৃহৎ পুটোপাস্থি এবং ফেসিয়া সম্মুখোন্নত হইয়া আরোগ্যের বাধা জন্মায়। অতএব পূর্ব্বোল্লিখিত সীমাবর্ত্তী চর্ম্মখণ্ড ছেদন করিয়া বহিঃসংযোগ স্থলের সন্নিকটে পুটোস্থির কিয়দংশ ছেদন করা বৈধ। এই কিয়দংশ স্থানের বেস বা ভূমি অক্ষিপুটদ্বয়ের দৈর্ঘ্যান্তর পরিমিত হওয়া উচিত। পুটাস্থি ও ফ্যাশিয়াতে যে শস্ত্র ক্ষত হয় তাহার ধার গুলি সুচার দ্বারা আবদ্ধ করা উচিত।

৩। ক্ষতকলঙ্কিত চর্ম্মের সঙ্কোচন প্রযুক্ত যে একট্রোপিয়ম্ রোগ জন্মে, তাহা উপশম করা সচরাচর অত্যন্ত কষ্টদায়ক হইয়া থাকে। শস্ত্রাঘাত অথবা দগ্ধ হওয়া প্রযুক্ত ক্ষত-কলঙ্কের উৎপত্তি হইলে, যে কারণে হউক না যদি তদ্দ্বারা অক্ষিপুটের চর্ম্ম আক্রান্ত হয়, তবে তাহা প্রায়ই উল্টাইয়া যায় এবং তদানুসঙ্গিক ঘটনা সকল অভ্যুদিত হয়। অক্ষিপুটকে সঙ্কুচিত ক্ষতকলঙ্ক হইতে মুক্ত করাই, এইরূপ স্থলের চিকিৎসা; কেবল কিয়দংশ কন্‌জংটাইভা ছেদন করিয়া লইলেই, এই অভিপ্রায় সাধিত হয় না।

সামান্যতর স্থলে অক্ষিপুটচর্ম্ম মধ্য দিয়া পক্ষপ্রান্তের সমান্তর এরূপ একখণ্ড চর্ম্ম নিম্নস্থ ঝিল্লী পুটোপাস্থি হইতে এতদূর পর্য্যন্ত ছেদন করিয়া লইতে হয়, যাহাতে উক্ত উপাস্থি তৎসংলগ্ন ক্ষতকলঙ্ক হইতে স্বতন্ত্রিত হইতে পারে। এইরূপে অক্ষিপুট ক্ষতকলঙ্ক হইতে মুক্তি প্রাপ্ত হইলে, উহাকে মুদিত করা যাইতে পারে ও উহার প্রান্ত মধ্যে সুচার্ প্রবেশিত করতঃ, টানভাবে রাখিবার জন্য অধোক্ষিপুটে শস্ত্র করা হইলে ললাট চর্ম্মে, এবং ঊর্দ্ধাক্ষিপুটে শস্ত্র করা হইলে এক ভাঁজ গণ্ডচর্ম্মে, উক্ত সুচার্ বন্ধন করিতে হয়; অথবা কোন২ স্থলে উত্তমরূপে কেবল প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ বন্ধন করিলেও উক্ত অভিপ্রায় সাধিত হইতে পারে।

অপেক্ষাকৃত গুরুতর স্থলে, মিষ্টার্ হোয়ার্টন্ জোন্স্ সাহেবের আদিষ্ট শস্ত্র-প্রণালী অবলম্বন করা উচিত। ঊর্দ্ধাক্ষিপুট উল্টাইয়া গেলে এবং সুপ্রা-অর্বিট্যাল্ রিজে আবদ্ধ হইলে, মিষ্টার জোন্স্ সাহেব বলেন যে, * "উভয় পাঙ্গ স্থল হইতে অক্ষিপুটের চর্ম্ম মধ্য দিয়া, পরস্পরাভিমুখীন দুই স্থানে ভেদ করিয়া, তাহাদিগকে ঊর্দ্ধে কোন এক বিন্দুতে সিলিয়ারি প্রাপ্ত হইতে এক ইঞ্চের কিঞ্চিৎ অধিক দূরে (১৬ শ, প্রতিকৃতি দেখ) মিলিত করিতে হয়। এবং এই ত্রিভুজাকার ফ্ল্যাপকে অধোভিমুখে পীড়ন করিলে ও উহাকে নিকট-বর্ত্তী স্থান হইতে স্বতন্ত্রিত না করিয়াও কৌষিক ঝিল্লীর প্রতিবাধক সমুদয় বন্ধনী ছিন্ন করিলে, কেবল মাত্র নিকটবর্ত্তী সেলুলার টিস্থ টান করিলে অক্ষিপুট প্রকৃত অবস্থানে প্রায়শঃ আসিতে পারে। একখণ্ড বিপরীতভঙ্গ কন্জংটাইভা ছেদন করিয়া লওয়াও উচিত। অতঃপর পূর্ব্বোক্ত ফ্ল্যাপ আকর্ষণ জন্য যে শূন্য স্থান উৎপন্ন হয় তাহার ধার গুলি সুচার্ দ্বারা সংযুক্ত করিয়া প্ল্যাষ্টার্ এবং কম্প্রেস্ ও ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা স্বস্থানে অবস্থিত রাখিতে হয়। ১৬ শ, প্রকৃতিতে অধোক্ষিপুটের এইরূপ শস্ত্র-প্রণালী প্রদর্শিত হইয়াছে।

---

* "Ophthalmic Medicine and Surgery," by T. Wharton Jones, third edition, p. 629.

১৬ শ, প্রতিকৃতি।

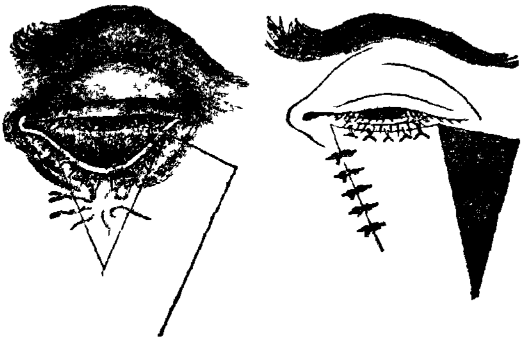


অন্যান্য শস্ত্রচিকিৎসক ক্ষতকলঙ্ক উন্মোচিত করিয়া, গণ্ড অথবা ললাট দেশ হইতে একখণ্ড চর্ম্ম তৎস্থানে রোপণ করিতে অনুমতি দিয়া থাকেন। এইরূপ শস্ত্র করিবার কোন নিয়ম নির্দ্দিষ্ট করা অত্যন্ত অসম্ভব। চিকিৎসক চিকিৎসা সময়ে প্রত্যেক স্থলে আপন বুদ্ধি ও নৈপুণ্য অনুসারে কার্য্য করিবেন। কিন্তু সাধারণতঃ ডিফ্‌ইন্‌ব্যাক্ সাহেবের শস্ত্র-প্রণালী অবলম্বন করা উচিত।

ডিফ্‌ইন্‌ব্যাকের শস্ত্র-প্রণালী নিম্ন লিখিত রূপে সম্পন্ন হয়;—ত্রিভুজাকারের ক্ষতকলঙ্ক ছেদন করিয়া লইতে হয়। এই ত্রিভুজের বেস বা ভূমি অক্ষিপুটের প্রান্তদিকে রাখা এবং সাধ্যায়ত্ত হইলে, পক্ষ্মপ্রান্তরেখা ও পুটোপাস্থি তদবস্থায় রাখা উচিত। কিন্তু এই সকল না থাকিয়া কেবল মাত্র কন্‌জংটাইভা অবশিষ্ট থাকিলে, তাহাকেই স্বতন্ত্রিত করিয়া অক্ষিগোলকের উপরে রাখিতে হয়। অতঃপর, চিকিৎসক সুস্থ চর্ম্ম এবং চর্ম্মনিম্নস্থ টিসুর মধ্য দিয়া ক্ষত-কলঙ্কের অবস্থানানুযায়ী পূর্ব্বোল্লিখিত ত্রিভুজাকার শস্ত্র-ক্ষতের বেসের বা ভূমির কোন এক কোণ হইতে (১৭ শ, প্রতিকৃতি দেখ) ভেদ করিয়া থাকেন। এইশস্ত্র নিরঞ্জিত স্থানের বহিঃপ্রান্ত হইতে ত্রিভুজাকার ক্ষতের ধারের সমান্তর আর একটী স্থান ভেদ করিতে হয়। ইহাদের অন্তর্বর্ত্তী চর্ম্ম তন্নিম্নস্থ ঝিল্লী হইতে স্বতন্ত্রিত করিয়া, যে স্থানে ক্ষতকলঙ্ক ছিল তথায় নিয়োজিত করা উচিত। তৎপরে সূক্ষ্ম২ সুচার্ দ্বারা এই নিয়োজিত চর্ম্মের প্রান্ত উক্ত ক্ষত-প্রান্তের সহিত যত্ন পূর্ব্বক সংযুক্ত করিতে হয়। অতঃপর, জলের পটি সংলগ্ন করিয়া, ঐ স্থানকে বিশ্রান্তভাবে রাখা উচিত। যে ফ্ল্যাপ প্রস্তুত

করিয়া আনিতে হয়, তাহার একার্দ্ধ ক্ষতকলঙ্কের এক পার্শ্ব হইতে এবং অপরার্দ্ধ অপর পার্শ্ব হইতে আনয়ন করিতেও পারা যায়। কিন্তু সকল অবস্থাতেই,

১৭ শ, প্রতিকৃতি।



উহা যে ক্ষতস্থান পূরণ করিবার অভিপ্রায়ে আনীত হয়, তদপেক্ষা কিঞ্চিৎ বৃহৎ হওয়া উচিত। বাস্তবিক, ভ্রমক্রমে কেহই অত্যন্ত বৃহৎ ফ্ল্যাপ আনেন না; প্রায়শঃ ক্ষুদ্রতর অংশই ছেদন করিয়া আনেন।

পূর্ব্বেই উল্লিখিত হইয়াছে যে, কতিপয় মূল নিয়ম উল্লেখ ব্যতীত এইরূপ শস্ত্রপ্রক্রিয়ার কোন বিশেষ বর্ণনা করিতে পারা যায় না; রোগীর অবস্থানুসারে উহার প্রভেদ হইয়া থাকে।

একটী নালীপথ সঙ্কুচিত, অথবা তাহার চতুষ্পার্শ্বস্থ টিস্থ সঙ্কুচিত ও অক্ষিকোটর-প্রাচীরে সংলগ্ন হইলেও—একট্রোপিয়ম্ রোগ অভ্যুদিত হইতে পারে। কিন্তু অস্থি-পীড়াজাত ব্যতীত এই স্থানে, প্রায়ই নালীপথ উৎপন্ন হয় না; এবং অস্থির পীড়াজাত হইলে, অগ্রে পীড়িত অস্থি অপনয়ন না করিয়া, একট্রোপিয়ম্ আরোগ্য করিতে যত্ন করা বৃথা। পীড়িত অস্থি অপনীত হইলে, অক্ষিপুটকে স্বস্থানে প্রত্যানীত করিবার জন্য, উপরি-বর্ণিত কোন একপ্রকার শস্ত্রপ্রণালী অবলম্বন করিতে হয়। অক্ষিপুটের এই বক্রতা সচরাচর অধিক দূর পর্য্যন্ত হয় না, এবং তাহা না হইলে নালীপথের চতুষ্পার্শ্বস্থ সংলগ্ন টিস্থ গুলি যত্ন পূর্ব্বক স্বতন্ত্রিত করা আবশ্যক যাহাতে

অক্ষিপুট মুক্ত এবং ক্ষত-কলঙ্কিত স্থানের সঙ্কোচন হইতে আকর্ষিত হইলে চক্ষু মুদিত হইতে পারে, এই স্থানের প্রান্ত তারের সূচার্ দ্বারা একত্রীভূত, এবং সাধারণতঃ তৎসঙ্গে২ একখণ্ড কন্‌জংটাইভাও ছেদন করিতে হয়, যাহাতে শেষোক্ত স্থান সঙ্কুচিত হইতে পারে। শস্ত্র-প্রক্রিয়ার পর কিছুদিন পর্য্যন্ত, অক্ষিপুটকে প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা আবদ্ধ করিয়া মুদিত রাখিতে হয়।

মিষ্টার লসন্ সাহেব, ঊর্দ্ধাক্ষিপুটের সম্পূর্ণ একট্রপিয়ম্ নিরাময় করিতে নূতন অক্ষিপুট প্রস্তুত করেন। অক্ষিপুটের সংযোগ অপনীত করিয়া, টার্স্যাল্ প্রান্তভাগকে সংলগ্ন স্থানের নিকট দুইটী স্থানে ছেদ করতঃ সেই দুইটী স্থান সূক্ষ্ম সূচার্ দ্বারা একত্র সংযুক্ত করেন। এইরূপ করা হইলে, নির্দ্দিষ্ট সমতল স্থান পাওয়া যায় এবং অন্য স্থান হইতে এক খণ্ড চর্ম্ম আনয়ন করিয়া তথায় সংস্থাপিত করিবার বিলক্ষণ সুযোগ হয়। রোগীকে এই অবস্থায় রাখিয়া, পরে চতুর্থ দিবসে, যখন উক্ত ক্ষত স্থান সুস্থ গ্র্যানিউ-লেশন্ দ্বারা আবৃত হয়, তখনঅন্যস্থান হইতে 'দুআনির' আকার একখণ্ড চর্ম্ম লইয়া তথায় নিয়োজিত করেন। ইহার দুই দিবস পরে, তদপেক্ষা কিঞ্চিৎ বৃহদাকার আর একখণ্ড চর্ম্ম আবার নিয়োজিত করিয়া থাকেন। উভয় খণ্ড চর্ম্মই গ্র্যানিউলেশন্ যুক্ত অক্ষিপুটে সত্বর সংযুক্ত হয়, এবং উহাদের উভয়ের মধ্যবর্ত্তী ক্ষত শীঘ্র২ নূতন ক্ষতকলঙ্কিত টিসু দ্বারা আবৃত হইয়া পড়ে। এই রূপে যে অক্ষিপুট প্রস্তুত হয়, তাহা চক্ষুকে বিলক্ষণ আবৃত করিয়া রাখিতে পারে; কিন্তু অক্ষিপুটের চর্ম্ম হইতে এই দুই খণ্ড আনীত চর্ম্মের বর্ণগত বৈষম্য থাকায়, রোগী দেখিতে একবিধ বিশ্রী হয়। এই নিয়োজিত চর্ম্ম সত্বর যে কেবল রক্তবহানাড়ী সমাযুক্ত হয় এমত নহে, উহাতে চেতনাশক্তি উপস্থিত হইয়া থাকে; এবং এমত কি, দশ কিম্বা বার দিবস পরে, সূচ্যাগ্র শস্ত্র দ্বারা স্পর্শ করিলেও তাহা অনুভূত হয়। মিষ্টার্ বসন সাহেবের মতে যেং অবস্থায় এই নূতন চর্ম্ম নিয়োজিত করিতে হয়, তাহা নিম্নে লিখিত হইতেছে। ১ মতঃ,—সুস্থ গ্র্যানিউলেটিং ক্ষতোপরি উক্ত নূতন চর্ম্ম আনয়ন করিয়া সংস্থাপিত করিতে হয়। ২ মতঃ,—কেবল চর্ম্ম সংস্থাপিত করিতে হয়, এবং বিশেষ যত্ন সহকারে যাহাতে এই চর্ম্মে মেদ সংযুক্ত না থাকে—তদ্বিধান করা

বৈধ। ৩য়তঃ,—উক্ত চর্ম্মখণ্ড, গ্র্যানিউলেশন্ যুক্ত ক্ষতোপরি সর্ব্বস্থানে সুন্দররূপে নিয়োজিত করিতে হয়। ৪র্থতঃ,—যতদিন পর্য্যন্ত এই নূতন চর্ম্মে জীবনীশক্তি না আইসে, ততদিন পর্য্যন্ত উহাকে স্থিরভাবে এইরূপ অবস্থায় রাখিয়া দিতে হয়। উহার উপর এক পর্দা লিণ্ট্ প্রদান করিয়া, তুলার একটী ক্ষুদ্র কম্প্রেস্ ও ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা বন্ধন করিয়া রাখিয়া দিলে উহা ক্রমশঃ উষ্ণতা প্রাপ্ত হইয়া জীবনীশক্তি ধারণ করিতে থাকে।

ট্রাইকিয়েসিস্ বা ইন্ভারসন্ অব্ সিলিয়া (Trichiasis or Inversion of the Cilia) বা বক্রপক্ষ্ম।——বিশেষ মনোযোগ সহকারে কন্জংটিভাইটিস্ রোগোপশম না করিলে, অথবা টিনিয়া টার্সাই রোগের পর, কথন২ এই রোগ উৎপন্ন হইতে পারে। সময়ে, সময়ে কেবল স্থানে স্থানে কতিপয় পক্ষ্ম মাত্র বক্র হইয়া পড়ে; অবশিষ্ট পক্ষ্ম প্রকৃত অবস্থায় স্থায়ী থাকে। কথন২ সমুদায় পক্ষ্ম সমষ্টি অথবা অক্ষিপুটের এক স্থানস্থ পক্ষ্ম পীড়িত হইয়া থাকে; কিন্তু সকল অবস্থাতেই সমান ফলোৎপত্তি হয়। সতত পক্ষ্ম ঘর্ষণজনিত অক্ষিগোলকের উত্তেজনা দ্বারা পুরাতন কন্জংটিভাইটিস্ রোগ এবং কালক্রমে কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা ও দৃষ্টিবিনাশ ঘটিতে পারে। এক্ট্রোপিয়ম্ রোগ ট্রাইকিয়েসিস্ রোগ হইতে প্রভিন্ন হইবার কারণ এই যে প্রথমোক্ত রোগে পক্ষ্ম-সমষ্টির সহিত অক্ষিপুটের পক্ষ্মপ্রান্ত চক্ষুরভ্যন্তরে উল্টাইয়া আইসে। কিন্তু ট্রাইকিয়েসিস্ রোগে অক্ষিপুট সম্পূর্ণ রূপে প্রকৃতাবস্থায় থাকে অথচ পক্ষ্ম অক্ষিগোলকের অভিমুখে বক্র হইয়া পড়ে।

লক্ষণ।——পীড়ার আয়তন এবং বক্র পক্ষ্মের অবস্থানানুসারে এই রোগের লক্ষণ সকলের ব্যতিক্রম ঘটিয়া থাকে। কতিপয় পক্ষ্ম বহিরপাঙ্গদিকস্থ অক্ষিগোলকে ঘর্ষণ করিয়া যে উত্তেজনা বা অসুবিধা আনয়ন করে, তাহা কর্ণিয়ার উপর একটি মাত্র পক্ষ্ম ঘর্ষণের উত্তেজনা বা অসুবিধার তুল্য নহে। অচিকিৎসিতভাবে থাকিলে, এই রোগের সমুদায় স্থলে প্রথমে স্থায়ী কন্জংটিভাইটিস্ রোগ ও তৎপরে কর্ণিয়ার আবিলতা এবং পরিশেষে উহাতে রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় অস্বচ্ছতা জন্মিয়া, তন্নির্ম্মাণকে ধ্বংস করিতে পারে।

কেবল দুই একটী মাত্র পক্ষ্ম বক্র হইলে প্রথমতঃ কেবল পুরাতন কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ বিষয়েই আমাদের দৃষ্টি প্রধানতঃ নিয়োজিত হয়। যাহাহউক এই সময়ে অক্ষিপুট প্রান্ত উল্টাইয়া উহার পক্ষ্মপ্রান্ত অনাবৃত করিলে, বক্র পক্ষ্মগুলিকে দেখিতে পাওয়া যায়। এই নিমিত্ত কি সামান্য কি গুরুতর সকল প্রকার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে অক্ষিপুটের পক্ষ্মপ্রান্ত পরীক্ষা করিয়া তথায় কোন পক্ষ্ম বক্র হইয়াছে কি না দেখা উচিত।

সাধারণ মিউকো-পিউরিউলেণ্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে চক্ষু সতত উত্তেজনাশীল থাকে; এবং রোগী তাহাতে সর্ব্বদা ঘর্ষণ করতঃ, এক বা তদধিক পক্ষ্ম বক্র করিয়া দেয় সুতরাং তদ্দ্বারা অধিকদিন প্রদাহ স্থায়ী থাকে, এইরূপ স্থলে অনিষ্টকারী পক্ষ্ম উৎপাটিত না করিলে, কোন প্রকার ঔষধ প্রদানে রোগোপশম হয় না।

কোন২ ব্যক্তির জন্মাবধি দুইটী পক্ষ্মবীথিকা আছে, এরূপও কখন২ দেখিতে পাওয়া যায়। অন্তর্দ্দিকস্থ বীথিকা প্রায়ই বক্র, এবং এই অবস্থা ডিস্ট্রাইকিয়েসিস্ (Districhiasis) বা দ্বিপক্ষ্মবক্র শব্দে উল্লিখিত হয়। অর্থ বোধের নিমিত্ত এই প্রকার ট্রাইকিয়েসিস্ রোগের নামোল্লেখ হইল; উহাতে কোন বিশেষ বিধ লক্ষণ অভ্যুদিত হয় না।

চিকিৎসা।——পীড়ার আধিক্য অনুসারে এই ট্রাইকিয়েসিস্ রোগের চিকিৎসা হইয়া থাকে। যদি কতিপয় পক্ষ্ম মাত্র বক্র হইয়া থাকে, তবে উক্ত পক্ষ্মগুলিকে ফরসেপ্স্ দ্বারা ধৃত করিয়া, ক্রমে এক একটীকে তাহাদের ফলিকল হইতে উৎপাটিত করিতে হয়। এইরূপ উত্তোলন করিবার সময় যাহাতে পক্ষ্ম ছিন্ন না হয়, এরূপ সাবধান হওয়া বিশেষ প্রয়োজনীয়; নতুবা অক্ষিপুটে উহার কর্কশ প্রান্ত অবশিষ্ট রাখিয়া দিলে, তাহা কর্ণিয়ায় সতত ঘর্ষিত হইয়া, সমস্ত পক্ষ্ম যত অপকার করিতে না পারিত, তদপেক্ষা অধিকতর অপকার করে। অতএব প্রত্যেক পক্ষ্মকে অক্ষিপুট প্রান্ত সন্নিকটে ধৃত করিয়া, ও বিশেষ সাবধান হইয়া আস্তে২ মূল সমবেত সমুদায় পক্ষ্ম উত্তোলিত করা আবশ্যক। দুর্ভাগ্যক্রমে আমরা এইরূপে মূল সমবেত পক্ষ্ম উত্তোলিত করিতে পারি না; অন্য একটী পক্ষ্ম তথায় সত্বর উত্থিত হইয়া, যে অভিমুখে পূর্ব্বপক্ষ্ম ছিল, ঠিক তদভিমুখে প্রধাবিত

হয়। অতএব এই সামান্যরূপে উৎপাটান করিতে হইলে, উৎপাটিত পক্ষ্ম স্থানে নূতন আর একটী পক্ষ্ম উত্থিত হইতে পারে বলিয়া সতত সতর্ক থাকা উচিত।

অতএব সচরাচর পক্ষ্ম উৎপাটিত করিতে হইলে, উহার মূল পর্য্যন্তও সঙ্গে২ ধ্বংস করিতে হয়, ইহা সাধারণতঃ পরামর্শ সিদ্ধ। এই অভিপ্রায় সাধনের নিমিত্ত নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভারে মগ্ন একটী নিড্‌ল্ বা সূচিকা উৎপাটিত পক্ষ্ম-ছিদ্র দিয়া মূল স্থান পর্য্যন্ত নিমজ্জিত করিতে হয়। এই মূল অক্ষিপুটের পক্ষ্ম প্রান্ত হইতে সচরাচর প্রায় ⅛ ইঞ্চি পরিমিত দূরে অবস্থান করে। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব কষ্টিকে মগ্ন কতিপয় ক্যাটার‍্যাক্‌ট্ নিড্‌ল এই অভিপ্রায়ের নিমিত্ত সঙ্গে২ রাখেন। নাইট্রেট্ অব্ সিলভার্ অগ্নি সন্তাপে দ্রবীভূত (Fusing) করিয়া সেই দ্রবমধ্যে মগ্ন নিড্‌ল অপনীত করিয়া লইলে দেখা যাইবে যে, ঐ স্থান কষ্টিকের পাতলা স্তর দ্বারা আবৃত হইয়া পড়িয়াছে।

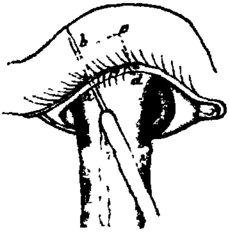
অক্ষিপুটকে উল্টাইয়া বক্র পক্ষ্ম উত্তোলন করা বিধেয়। পরে চিকিৎসক বিশেষ দৃষ্টি সহকারে উক্ত পক্ষ্মের সূক্ষ্ম ছিদ্র মধ্যে কষ্টিকে আবৃত নিড্‌ল মূলস্থান পর্য্যন্ত নিমজ্জিত করিয়া, পরিশেষে তাহা অপনীত করিয়া লইবেন। উক্ত স্থান কষ্টিকের দ্বারা বিলক্ষণ উত্তেজিত হইয়া পক্ষ্মাঙ্কুর বিনষ্ট করে; সুতরাং তাহাতে আর একটী পক্ষ্ম নবোত্থিত হইতে পারে না। নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভারের পরিবর্ত্তে লাইকর্ পোট্যাসি অথবা তরলীকৃত পোট্যাসা ফিউজাতে উক্ত নিড্‌ল্ মগ্ন করা যাইতে পারে।

এইরূপ এক ডজন পক্ষ্ম উৎপাটিত করিয়াও কৃতকার্য্য হইতে পারা যায়। কিন্তু দীর্ঘকালস্থায়ী স্থলে, যেখানে সমুদায় পক্ষ্ম সমষ্টি অথবা অক্ষিপুটের বাহ্য-দিকস্থ বা অভ্যন্তদিকস্থ পক্ষ্ম সমষ্টি বক্র হইয়াছে, তথায় অন্য প্রকার উপায় অবলম্বন করিতে হয়। পূর্ব্বে এণ্ট্রোপিয়ম রোগে যদ্রূপ বর্ণিত হইয়াছে (১৩১,পৃষ্ঠা), এস্থলেও তদ্রূপে অঙ্কুরসমবেত সমুদয় পক্ষ্মসমষ্টি নিষ্কাশিত করিতে হয়; অথবা বক্র পক্ষ্মসমষ্টিকে প্রকৃতাবস্থানে স্থায়ী রাখিবার নিমিত্ত, তদূর্দ্ধদেশে সমুদয় অথবা কিয়দংশ পুটোপাস্থি গহ্বরিত করা উচিত। যখন চক্ষুর বহিরপাঙ্গ দেশস্থপক্ষ্ম বক্র হয়, তখন আমার মতে এই শস্ত্র প্রক্রিয়া বিশেষ উপকার হইতে পারে। কখনং অক্ষিপুট হইতে কিয়দংশ চর্ম্ম কর্ত্তন

করিয়া লইলে, পুটপ্রান্ত উল্‌টাইয়া আসিয়া বক্র পক্ষ্মসমষ্টিকে আর অধিক কাল অক্ষিগোলকে ঘর্ষিত হইতে দেয় না। কিন্তু গুরুতর স্থলে, অক্ষিপুটের প্যাল্‌পিব্র্যাল্‌-প্রান্তভাগ উল্‌টান অপেক্ষা, যে উপায়ে অঙ্কুর সমবেত পক্ষ্ম বিনষ্ট হয়, তাহা অবলম্বন করাই শ্রেয়ঃ। কারণ পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে যে, ট্রাইকিয়েসিস্‌ রোগ অক্ষিপুটের রোগ নহে, পুটপক্ষ্মের রোগ।

মিষ্টার পাউয়ার সাহেব * বলেন যে, এই অভিপ্রায়ের নিমিত্ত যেং শস্ত্রপ্রক্রিয়া সাধিত হইয়া থাকে, তন্মধ্যে নিম্নলিখিত শস্ত্রপ্রক্রিয়া সর্ব্বাপেক্ষা অনুমোদনীয় (১৭শ*, প্রতিকৃতি)।

১৭শ*, প্রতিকৃতি।



"একটী সূচিকাতে সূক্ষ্ম রেসমের সূত্র সংলগ্ন করিয়া, অক্ষিপুটের বাহ্য ও অভ্যন্তর প্রান্তের মধ্যস্থানে (*a*) প্রবেশিত করিয়া, সিলিয়ারি বা পক্ষ্ম প্রান্তের কিঞ্চিদূর্দ্ধে (*b*) চর্ম্ম বিদ্ধ করিতে হয়; পরে মধ্যে সূত্র সঞ্চালিত করতঃ শেষোক্ত ছিদ্রে (*b*) সূচিকাকে পুনঃ প্রবিষ্ট করিয়া, অক্ষিপুট প্রান্তের সমান্তর-ভাবে যত দূর পর্য্যন্ত পক্ষ্মগুলি বক্র হইয়াছে, ততদূর পর্য্যন্ত (*c*) প্রধাবিত হইতে দেওয়া উচিত। অতঃপর আবার সূত্র সঞ্চালিত করিয়া, এই শেষোক্ত ছিদ্রের মধ্যে সূচিকা পুনঃ প্রবিষ্ট করতঃ লম্বভাবে পুটপ্রান্তের বা ধারের মধ্যস্থলে (*d*) আনয়ন করিতে হয়। পরে সূত্রের দুই প্রান্ত বন্ধন করিয়া, তথায় উহাকে স্বয়ং কর্ত্তিত হইয়া বহির্গত হইতে দেওয়া উচিত। এইরূপে উদ্রিক্ত পূয়োৎপত্তি দ্বারা অনিষ্টকারী পক্ষ্মের অঙ্কুর সম্পূর্ণরূপে বিনষ্ট হইয়া যায়, এবং অন্ত কোনবিধ কষ্টানুভব হয় না।"

অপেক্ষাকৃত দুর্দ্দম্য ট্রাইকিয়েসিস্‌ স্থলে পক্ষ্মাঙ্কুর সবেবত পুটের বাহ্যধার স্থানান্তরিত করা (Transplantation) অনেক সময়ে বিশেষ উপকারী হইয়া থাকে।

---

* "Illustrations of some of the Principal Diseases of the Eye," by H. Power M. B. p. 157. Lond, 1867.

এই শস্ত্রপ্রক্রিয়া অত্যন্ত দীর্ঘকালব্যাপক ও সাতিশয় যন্ত্রণাপ্রদ বলিয়া, রোগীকে ক্লোরোফর্ম প্রভৃতি অচৈতন্যকর ঔষধের অধীন আনা আবশ্যক। একজন সহকারী চিকিৎসক রোগীর মস্তক ও এক খানি হর্ণ স্প্যাচুলা অক্ষিপুটের নিম্নে প্রবিষ্ট করতঃ, অক্ষিগোলক হইতে উহাকে কিঞ্চিৎ অন্তরিত করিয়া, অক্ষিপুটপ্রান্ত স্প্যাচুলা হইতে কিঞ্চিৎ উল্টাইয়া ধরিবেন। তৎপরে অক্ষিপুটকে একখানি সূক্ষ্ম স্ক্যাল্‌পেল্ দ্বারা দুই মানরেখা গভীর করিয়া বিদারিত করিতে হয় (১৭ শ, † প্রতিকৃতি দেখ)। কিন্তু এই বিদারণ ল্যাক্রিম্যাল্ পংটম্ পর্য্যন্ত হওয়া কদাচ বৈধ হয় না। এই বিদারণে অক্ষিপুটের পশ্চাৎস্তরে কন্‌জংটাইভা, পুটোপাস্থি এবং পুটগ্রন্থির (Tarsal gland) খাতচয় (Canals) অবস্থিতি করে; অপর অর্থাৎ সম্মুখবর্ত্তী স্তরে অক্ষিপুটের অবশিষ্ট নির্ম্মাণ, এবং হ্যায়ার্ ফলিকল্ বা পক্ষকোষ সকল (hair follicles) অবস্থিতি করে।

১৭শ, † প্রতিকৃতি।



অতএব পুটোপাস্থির উপরিভাগের অতি সন্নিকটেই এই বিদারণ করা উচিত। সার্দ্ধেক মানরেখা হইতে দুই মানরেখা ঊর্দ্ধে ও বহিঃপ্রান্তের সমান্তরাল আর একটী বিদারণ সম্মুখস্তরের মধ্য দিয়া পুটোপাস্থি পর্য্যন্ত করিতে হয়। এই বিদারণের দুই শেষ প্রান্ত প্রথম বিদারিত স্থানের শেষ প্রান্ত অতিক্রম করিয়া থাকে, অর্থাৎ তদপেক্ষা কিঞ্চিৎ বৃহৎ হয়। অতঃপর একণে উক্ত স্তর একটী সেতুর আকারে পরিণত হইল; উহার দুই শেষ প্রান্ত অক্ষিপুটে সংযুক্ত এবং উহার পশ্চাতে পক্ষাঙ্কুর-সংলগ্ন হইয়া থাকে। এই সেতু নির্ম্মিত হইলে, দ্বিতীয় বিদারণের শেষ দুই প্রান্ত হইতে চর্ম্ম-মধ্য দিয়া অর্দ্ধচন্দ্রাকৃতি বিদারণ করিতে হয়; এবং তাহাকে ফর্‌সেপ্স্ দ্বারা ধৃত করতঃ, সাবধান পূর্ব্বক অর্বিকিউল্যারিজ্ পেশীকে অনাহত ভাবে রাখিয়া ছেদ-করিয়া

যাইতে হয়। যে পরিমিত পক্ষ্ম বক্র এবং চর্ম্ম কোল ও শিথিল হয়, তদনুযায়ীক এই ফ্ল্যাপের আয়তন এবং উহার দৈর্ঘ্যব্যাস বৃহৎ হওয়া উচিত; এক বা দুইটী সুচার্ দ্বারা এই অর্দ্ধচন্দ্রবৎ বিদারণের দান এবং যে সেতুর আকার চর্ম্মে পক্ষ্মগুলি আবদ্ধ থাকে তাহা মুদ্রিত রাখিতে হয়; এবং সেই সুচার্ সকলের আকর্ষণ দ্বারা বক্র পক্ষ্ম গুলি সমতল হইয়া উঠে, অথবা অক্ষিকোটরের প্রান্তাভিমুখে বক্র হইয়া আইসে। তৃতীয় দিবসে সুচার্ সকল উন্মুক্ত করিয়া লওয়া উচিত।* ডাক্তার ম্যাক্‌নামরা এই শস্ত্রপ্রক্রিয়া ট্রিকিয়্যাসিস্ রোগের দুরূহ অবস্থাতেও উপকারী বিবেচনা করেন।

অনেকানেক দুর্দ্দম্য ট্রাইকিয়েসিস্ রোগে ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব এই শস্ত্রপ্রণালী অবলম্বন করিয়া বিলক্ষণ কৃতকার্য্য হইয়াছেন।

অক্ষিপুটের সংযোজন (Adhesions)——কখনং অক্ষিপুটদ্বয়ের সিলিয়ারি বা পক্ষ্মযুক্ত প্রান্তভাগ আংশিক বা সম্পূর্ণরূপে সংযুক্ত হইয়া যায়। এই সংযোগ আজন্ম হইতে থাকিতে পারে, অথবা অন্য কোন কারণে অক্ষিপুটের প্রান্তভাগ হইতে ত্বগুন্মুক্ত হইলে আবির্ভূত হয়; সুতরাং সাংসারিক কার্য্য নির্ব্বাহার্থে রোগীর চক্ষু সম্পূর্ণ অকর্ম্মণ্য হইয়া পড়ে। যাহাহউক অক্ষিপুটের প্রান্ত কোন প্রকার রাসায়নিক বা মেকানিক্যাল্ বা ভৌতিক কারণে অপায়গ্রস্ত হইয়া, এইরূপ ঘটনা সচরাচর অভ্যুদিত হইয়া থাকে; তদ্ব্যতীত অন্য কোন পীড়া কারণে অতি কদাচিৎ উৎপন্ন হইতে দেখা যায়।

সম্প্রতি ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব এইরূপ একটী রোগী চিকিৎসা করিয়াছেন। অক্ষিচিকিৎসালয়ে আসিবার প্রায় তিন মাস পূর্ব্বে এই ব্যক্তি একটী শার্দ্দূল দ্বারা আক্রান্ত হইয়াছিল। তাহাতে শার্দ্দূলের থাবা দ্বারা ঐ ব্যক্তির ললাটদেশ হইতে মুখমণ্ডলের বামপার্শ্ব পর্য্যন্ত সমুদয় স্থান ক্ষত বিক্ষত হইয়া গিয়াছিল। অক্ষিপুটের অধিকাংশ চর্ম্ম ছিন্ন হওয়ায়, উহাদের নাসিকা দিকস্থ চর্ম্ম পরস্পর সংযুক্ত হইয়া যায়; সুতরাং তৎকালে রোগী চক্ষুরুন্মীলন করিতে পারিত না। ইহাতে ঐ ব্যক্তি কেবল বিগতশ্রী হইয়াছিল এমত নহে; উহার উক্ত চক্ষু সম্পূর্ণ অব্যবহার্য্য হইয়া পড়িয়াছিল।

---

* Drs. Hackley and Roosa's translation of Stellwag Von Carion on "The Eye" p. 369.

মেকানিক্যাল্‌ কারণোদ্ভূত অন্যান্য সংযোজন স্থলের ন্যায়, এই রোগীর আক্ষিক ও পুটীয় উভয় কন্‌জংটাইভা পরস্পর মিলিত হইয়া গিয়াছিল।

চিকিৎসা।——আজন্মজ, অথবা কোন প্রকার অপায় কারণে অক্ষিপুটদ্বয় পরস্পর সংযুক্ত হইলে, উক্ত সংযুক্ত স্থানের অধঃদিক দিয়া ডাইরেক্টর নামক শলাকা প্রবিষ্ট করিয়া, একখানি ছুরিকা বা কাঁচি দ্বারা ঠিক সংযুক্ত স্থান বিদারণ করিতে হয়। যতদিন পর্য্যন্ত উভয়াক্ষিপুটের প্রান্তদ্বয় শুষ্ক হইয়া না আইসে, ততদিন পর্য্যন্ত উহাদিগকে পরস্পর অন্তরিত করিয়া রাখিতে হয়। দুর্ভাগ্য ক্রমে অনেক স্থলে আক্ষিক ও পুটীয় উভয় কন্‌জংটাইভা পরস্পর সংযুক্ত হইয়া দুরারোগ্য উপসর্গ উপস্থিত করে। কন্‌জংটাইভার এই সংযোজনকে সিম্‌ব্লিফেরণ (Symblepharon) নামে আখ্যাত করা যায়; এবং তাহা কন্‌জংটাইভার রোগসমূহ প্রকরণে বর্ণিত হইয়াছে।

অক্ষিপুটের শোফ (Œdema)।——নানাবিধ রোগের অর্থাৎ যেমন, স্ফোটক, মুখমণ্ডলীয় চর্ম্মের প্রাদাহিক পীড়া, অথবা দূরবর্ত্তী হৃদ্‌পিণ্ডের ও কিডনীর পীড়া ইত্যাদি রোগের সহকারে কখন কখন অক্ষিপুট শোফযুক্ত হইয়া থাকে। কিন্তু নিম্ন লিখিত অবস্থায়, দরিদ্র লোকদিগের এই শোফ হইতে দেখা যায়। বোধ হয়, রোগী এরূপ বর্ণনা করিয়া থাকে যে, সে পূর্ব্ব দিবস রাত্রিতে নিদ্রা যাইবার পূর্ব্বে বিলক্ষণ সুস্থ এবং কোন অনাবৃত স্থানে নিদ্রিত ছিল; প্রাতঃকালে অকস্মাৎ দেখে অক্ষিপুটের কাঠিন্য ও স্ফীতি প্রযুক্ত চক্ষুরুন্মীলন করিতে পারিতেছে না। এই স্থানে কিঞ্চিৎ বেদনা অনুভব হইতে পারে, কিন্তু তাহা না থাকিতেও পারে, অক্ষিপুট শোফযুক্ত, উজ্জ্বল, স্ফীত ও উহার বর্ণের কোন পরিবর্ত্তন হয় না। উহাকে বলপূর্ব্বক উত্তোলিত করিয়া দেখিলে দেখা যায় যে, আক্ষিক কন্‌জংটাইভাও শোফযুক্ত কিন্তু প্রদাহযুক্ত নহে, এই সকল অবস্থা সচরাচর কোন কীটাদি দ্বারা দংশন, অথবা রোগীর মুখমণ্ডলে নৈশিক আর্দ্র বায়ু প্রবাহ এতদুভয়ের একতর কারণ হইতে সমুদ্ভূত হইয়া থাকে। সাধারণতঃ যদি কোন পতঙ্গের দংশন বিষ হইতে সমুদ্ভূত হয়, তবে দশনাঙ্কিত স্থান সুস্পষ্ট অনুভূত এবং উহার চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী স্ফীত স্থান অপেক্ষা সেই দংশিত স্থান সমধিক যন্ত্রণাদায়ক এবং প্রদাহিত হয়। অধিকন্তু সচরাচর উভয় চক্ষু এই রোগে আক্রান্ত হয়

না ; কিন্তু শীতল বায়ু সংস্পর্শজনিত হইলে, ঐ স্থানে কোন যন্ত্রণা অনুভূত হয় না, তবে অক্ষিপুটের সেলুলার টিসুর স্ফীতি ও আয়াম প্রযুক্ত কেবল যৎকিঞ্চিৎ যাতনা হইয়া থাকে ; এবং সচরাচর উভয় চক্ষুই সমভাবে আক্রান্ত হয়। ইহাতে অক্ষিপুটদ্বয় আরক্তিম ও প্রদাহিত হয় না।

এই সকল স্থলে কোনরূপ বিশেষ চিকিৎসার প্রয়োজন রাখে না। য়াসিটেট্ অব্ লেড্ সলিউশন্ দ্বারা উক্ত অংশ ধৌত করা বিধেয় ; এবং তাহা হইলেই স্ফীতি সচরাচর সত্বর অপনীত হইয়া যায়।

ইম্ফিসিমা বা বায়ুস্ফীতি (Emphysema)।—অক্ষিপুটের শোফের ন্যায় বায়ুস্ফীতিও কোন দূরবর্ত্তী অপায় বা পীড়া হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে। যেমন ফুস্ফুসের অপায় সমুদ্ভূত সাধারণ ইম্ফিসিমা, অথবা অক্ষিপুটের চর্ম্মনিম্নস্থ কৌষিক বিধানেতে, নাসারন্ধ্র অথবা ফ্রন্ট্যাল্ সাইন্স সকল হইতে বায়ুর আগমন ইত্যাদি দ্বারা সমুদ্ভূত ইম্ফিসিমা। পীড়িত অংশ স্ফীত এবং আয়াম যুক্ত হয়। কিন্তু উহার বর্ণের কোন পরিবর্ত্তন হয় না। পীড়ন করিলে, চর্ম্মের কৌষিক ঝিল্লীতে বায়ুর বিদ্যমানতা বোধক পুট্ ২ শব্দানুভব (Crepitation) হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।——যে কারণে এই বিকৃতাবস্থা উৎপন্ন হয়, সেই কারণ অনুসারে এই রোগের চিকিৎসারও তারতম্য হইয়া থাকে। স্থানিক ঔষধ প্রদানে কোন প্রকার ফল দর্শে না ; ববং যত দিন পর্য্যন্ত টিসু সকলের স্ফীতি লাঘব না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত অক্ষিপুটে কম্প্রেস এবং ব্যাণ্ডেজ্ বন্ধন করিয়া রাখিতে হয়।

হর্ডিওলম্ বা অঞ্জন (Hordeolum)।——ইহাকে সচরাচর ষ্টাই (*Stye*) অর্থাৎ অঞ্জনিকা অথবা সাধারণ ভাষায় অঞ্জনি শব্দে কহিয়া থাকে। উহা টার্সাল্ গ্ল্যাণ্ড অর্থাৎ পুটগ্রন্থির স্ফীতি মাত্র। ইহাতে এই গ্ল্যাণ্ড প্রদাহিত ও পূয় সমাযুক্ত হয়, এবং তন্নিমিত্ত উহা অক্ষিপুটের বেধ মধ্যে ক্ষুদ্র কোটকারে অবস্থিত থাকে। বহিশ্চর্ম্মের সহিত উহার কোন সংস্রব না থাকায়, তাহাকে অনায়াসেই উহার উপর ইতস্ততঃ সঞ্চালিত করিতে পারা যায়। স্পর্শ করিলে, কঠিন এবং ক্ষুদ্র মটরের আকার হইতে শিম্বীবীজ পর্য্যন্ত নানাবিধ আকারে, উহা অনুভূত হইয়া থাকে। সচরাচর দুর্ব্বল ও পীড়িত

ব্যক্তিরাই এই রোগ ভোগ করে; কিন্তু যুবা ব্যক্তি অপেক্ষা বালকদিগেরই এই রোগ অধিকতর হইয়া থাকে।

উঠিবার সময় অঞ্জনিকা রোগে কণ্ডুয়ন হইয়া থাকে। পরে উক্ত স্থান আরক্তিম ও স্ফীত, এবং প্রায় সচরাচর অক্ষিপুট শোথযুক্ত এবং অত্যন্ত যন্ত্রণাদায়ক হইয়া উঠে।

এই রোগের প্রাথমিক অবস্থায় প্রদাহিত স্থানের পক্ষ্ম সকল উৎপাটিত করিয়া তৎপরক্ষণেই অল্প তেজ বিশিষ্ট নাইট্রেট্ অব্ সিল্ভার পেন্সিলের সূক্ষ্মাগ্র পক্ষ্মমূলের ছিদ্র মধ্যে প্রযোগ করা উচিত। এইরূপ করিলে সচরাচর প্রদাহক্রিয়া স্থগিত হইয়া যাইতে পারে; কিন্তু যদি উহাতে পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকে, তবে উত্তপ্ত পোল্টিস্ দুই২ ঘণ্টা অন্তর প্রদান ও পরিবর্তন করিতে হয়। এইরূপে স্ফোটকের মুখ হইয়াউঠিলে, ল্যান্সেট্ নামক শস্ত্রের অগ্রভাগ দ্বারা উহাকে ভেদ করিয়া সমুদয় পূয বিনিঃসৃত হইতে দেওয়া উচিত। বলকারক ঔষধ সর্ব্বদা ব্যবহার করা আবশ্যক হইয়া থাকে, নতুবা পর্য্যায়ক্রমে অনেক অঞ্জনিকা অভ্যুদিত হইয়া রোগীকে বিলক্ষণ কষ্ট ও অসুবিধা প্রদান করিতে পারে।

ব্লেফেরাইটিস্ বা টিনিয়া টার্সাই (Blepharitis or Tinea Tarsi)।——পক্ষ্ম গুলির হ্যায়ার ফলিকলের বা মূল কোষের যে আচ্ছাদক ঝিল্লি থাকে তাহাদের ক্ষতযুক্ত প্রাদাহিক অবস্থাই প্রধানতঃ টিনিয়া টার্সাই নামে খ্যাত এবং সচরাচর কন্জংটিভাইটিস্ রোগ নিরাময় করিতে অবহেলা করিলে উৎপন্ন হইয়া থাকে। মিজ্ল্স্ অর্থাৎ হাম জ্বরের পরেও উহা সচরাচর উৎপন্ন হয়। কিন্তু সহরের বহু লোক সমাকীর্ণ অপরিষ্কৃত স্থানবাসী দরিদ্র দিগেরই এই রোগ হইতে প্রায় দেখা গিয়া থাকে। কিন্তু যে কোন অবস্থায় রোগোৎপত্তি হউক না কেন, প্রথমাবস্থায় রোগ শান্তির নিমিত্ত বিশেষ যত্ন না করিলে, উহা নাতি প্রবলভাবে দীর্ঘকাল স্থায়ী হয়।

সুবিধার নিমিত্ত এই টিনিয়া টার্সাই রোগকে দুই অবস্থায় বিভক্ত করিতে পারা যায়। প্রথম অবস্থায়, পক্ষ্মাঙ্কুরে প্রবলরূপে পরিবর্ত্তন সংঘটিত হইতে থাকে। দ্বিতীয় অবস্থায় পক্ষ্ম বিনষ্ট হইয়া, অনাবৃত অক্ষিপুটপ্রান্ত

ঘন ও কঠিন হয়: যাহা সচরাচর লিপিটিউডো (Lipitudo) অথবা ব্লিয়ার আই (Blear Eye) নামক অবস্থা ধারণ করে।

লক্ষণ।——রোগী সর্ব্বদা ক্ষীণচক্ষু বলিয়া প্রকাশ করিয়া থাকে। উভয় চক্ষুই, বিশেষতঃ কর্ম্মকার্য্যান্তে উহারা কণ্ডুয়িত হইতে থাকে; এবং প্রাতঃকালে অক্ষিপুট দ্বয় পিঁচুটী দ্বারা সংযুক্ত হইয়া রহে। এই সকল লক্ষণ অনেক দিন পর্য্যন্ত বর্ত্তমান থাকিয়া, রোগীর অসুবিধা জন্মাইতে পারে; কিন্তু এই রোগ এত গুরুতর হয় না যে, তদ্দ্বারা রোগীর কর্ম্মকার্য্যাদির কোন বাধা জন্মে। পীড়ার প্রথমাবস্থায় কোন রূপ প্রকৃত গুরুতর যন্ত্রণা না থাকায়, বালকেরা তৎসময়ে এই রোগের বিন্দু বিসর্গও প্রকাশ করে না।

পীড়ার প্রথমাবস্থায় টিনিয়া রোগাক্রান্ত ব্যক্তির অক্ষিপুট পরীক্ষা করিয়া দেখিলে বোধ হয় যে, উক্ত পুটের অসংলগ্ন প্রান্তভাগের সর্ব্বত্র অথবা কোন এক স্থান ক্ষুদ্র কঠিন মামড়ীবৎ হইয়া রহিয়াছে। এই সকল শুষ্ক পিঁচুটীর নিম্নে অসংলগ্ন অক্ষিপুট প্রান্তস্থ পক্ষ্মমূলস্থদেশে কতকগুলি ক্ষুদ্র২ পষ্টিউল্ (Pustule) অর্থাৎ পূয়বটিও দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। চর্ম্ম আরক্তিম ও প্রদাহিত হয়; এবং উক্ত ক্ষুদ্র২ পিম্পল্ সকল ক্রমশঃ পর্য্যায়ক্রমে উৎপন্ন ও বিদীর্ণ হইয়া চর্ম্মোপরি কেবল একটী ক্ষুদ্র মামড়ী মাত্র অবশিষ্ট রাখে; এই মামড়ী সহজে অপনীত করিতে পারা যায় না। কন্জংটাইভাও সতত কিয়ৎ পরিমাণে রক্তপূর্ণ হইয়া থাকে।

এই সকল অবস্থা অল্প বা অধিক দিন পর্য্যন্ত স্থায়ী হইলে, সিবেসিয়স্ অর্থাৎ ক্লেদগ্রন্থি ও মিবোমিয়ান্ গ্ল্যাণ্ড সকল উত্তেজনাশীল, ও তথা হইতে রস নিঃসরণের পরিমাণ বৃদ্ধি ও সেই রসের গুণের পরিবর্ত্তন হয়; এবং তন্নিমিত্তই নিদ্রাবস্থায় রোগীর অক্ষিপুটদ্বয় সংযুক্ত হইয়া যায়। মামড়ীর নিম্নস্থ চর্ম্ম পরিশেষে ক্ষতবিশিষ্ট ও স্ফীত হইয়া থাকে; এবং ঐ সকল মামড়ী আর অধিক দিন বুদ্বুদাকার থাকে না; উহা ঘন ও কঠিন, এবং চক্ষু উত্তেজনাশীল হইয়া থাকে। রোগী ক্ষণকাল মাত্রও অধ্যয়ন বা কোন কার্য্যে চক্ষু লিপ্ত রাখিতে পারে না; রাখিলে, উহার চক্ষু আরক্তিম ও যন্ত্রণাদায়ক হইয়া উঠে। অক্ষিপুট প্রান্তের স্ফীতি প্রযুক্ত পংটা অক্ষিগোলক হইতে

দূরাপসৃত হইয়া পড়ে; সুতরাং লেকস্ ল্যাক্রিম্যালিস্ (Lacus Lachrymalis) অর্থাৎ অশ্রুবহ প্রণালীতে অশ্রু আসিয়া সঞ্চিত হয়; এবং কেবল গণ্ডপার্শ্ব দিয়া প্রবাহিত হইতে থাকে এমত নহে, চক্ষুতেও সঞ্চিত থাকিয়া, পুরাতন কন্জংটিভাইটিস্ রোগ আনয়ন করে। এই কন্জংটিভাইটিস্ রোগ আবার কর্ণিয়ার উপরিভাগকে বন্ধুর করতঃ, উহার ইপিথিলীয়্যাল্ স্তর সকলে পরিবর্ত্তন উপস্থিত করে। ইহাতে যদিও কর্ণিয়া স্পষ্ট অস্বচ্ছ হয় না বটে, কিন্তু তদ্দ্বারা কিয়ৎ পরিমাণে দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মে।

এই রোগ দ্বিতীয় অবস্থায় উপনীত হইলে, অক্ষিপুট প্রান্তের দীর্ঘস্থায়ী উত্তেজনা প্রযুক্ত পক্ষ্ম সমষ্টি বিনষ্ট ও পুটপ্রান্ত বিবর্দ্ধিত হইতে থাকে। যাহাহউক, পক্ষ্ম সকল সম্পূর্ণ বিনষ্ট হইয়া যায় না। সৌভাগ্যক্রমে সম্পূর্ণ বিনষ্ট হইলে তদ্দ্বারা রোগীর কিঞ্চিৎ উপকার বোধ হয়; কিন্তু উহারা সচরাচর মূল রাখিয়া চ্যুত হইয়া যায়; এবং তথা হইতে অন্য পক্ষ্ম বক্র ভাবে উত্থিত হয়। ইহার মধ্যে আবার বিকৃতাকার কতকগুলি অক্ষিগোলকের অভিমুখে বক্র হইয়া ট্রাইকিয়েসিস্ রোগোৎপত্তি করে। মামড়ীর নিম্নস্থ চর্ম্ম ক্ষত, ও তন্মধ্য হইতে অধিক রস নির্গত হওয়ায়, আরক্তিম ও বিবৃদ্ধিপ্রাপ্ত অক্ষিপুটের প্রান্তভাগে ঘন মামড়ি (Crusts) সকল উৎপন্ন হয়। এই সময়ে মিবোমিয়ান্ গ্রন্থি সকল প্রদাহিত হয়, এবং পরিশেষে অনেকানেক স্থলে তৎপ্রবাহিত প্রণালী সকল রুদ্ধ হইয়া, এই রোগকে দুরারোগ্য করিয়া তুলে। অক্ষিপুটদ্বয়ের প্রান্তভাগ ঘনীভূত হয়, এবং পংটা ঐ রূপে উল্টাইয়াও প্রায় সর্ব্বদা মুদিত হইয়া যায়; সুতরাং অশ্রু নাসাপাঙ্গদেশে প্রবহমান থাকে। কর্ণিয়া আবিল এবং রোগীর অবস্থা যতদূর মন্দ হইতে পারে, ততদূর মন্দ হইয়া উঠে। এ দিকে আবার অক্ষিপুটের বিকৃতি প্রযুক্ত রোগী শ্রীভ্রংশ হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।——দুইটি প্রতিকূল অবস্থা প্রযুক্ত টিনিয়া টার্সাই রোগের চিকিৎসা অত্যন্ত জটিল হইয়া থাকে। ১ মতঃ, উহা সাধারণতঃ বালক দিগেরই হইয়া থাকে; এবং বালকেরা স্বভাবতঃ চিকিৎসা বিষয়ে সম্পূর্ণ অসহিষ্ণু। ২ য়তঃ, এই সকল বালক প্রায়ই রুগ্ন জনক জননী সম্ভূত। এস্থলে ইহাও বলা উচিত যে, টিনিয়া রোগ আরোগ্য করিতে হইলে, সাধারণতঃ

অগ্রে শারীরিক দুর্ব্বলতা নিবারণ করা উচিত। উহা উপদংশ অথবা কুকুলা রোগজ ধাতু, অথবা শারীরিক সাধারণ যে কোন দৌর্ব্বল্য প্রযুক্ত উৎপন্ন হউক না কেন, অগ্রে সেই সকল রোগের চিকিৎসা করা বিধেয়। এই সকল চিকিৎসার মধ্যে, বিশুদ্ধ বায়ুসেবন, উত্তম আহার এবং সর্ব্বদা পরিষ্কার পরিচ্ছন্নভাবে অবস্থান উপকারজনক হইয়া থাকে। ঔষধের মধ্যে কড্‌লিভর্‌ অয়েল এবং লৌহ ঘটিত ঔষধ বিশেষ উপকারজনক।

ঔষধ সেবনের সঙ্গে২ স্থানিক ঔষধেরও বিশেষ প্রয়োজন হইয়া থাকে। কিন্তু বালকদিগের পক্ষে সেই সকল ঔষধ ব্যবহার করিতে পারা যায় না; বিশেষতঃ দরিদ্র লোকদিগের পক্ষে স্থানিক ঔষধ ব্যবহার করা কষ্ট সাধ্য; ঐ দিকে আবার উহাদের অপবিষ্কার ভাবে অবস্থান প্রযুক্ত উক্ত রোগ আবির্ভূত বা বৃদ্ধি হইয়া থাকে।

প্রথমতঃ অক্ষিপুটের প্রান্তবর্ত্তী মামড়ী সকল এক থানি স্প্যাচুলা অথবা ক্যাটার্যাক্ট্‌ নিড্‌ল দ্বারা অপনীত করিতে হয়। কোন২ স্থলে অক্ষিপুটের উপরিভাগে কিয়ৎক্ষণের নিমিত্ত উত্তপ্ত কম্প্রেস্‌ এবং পোল্টিস্‌ প্রদান করা উচিত। ইহা প্রদানে মামড়ী সকল কোমল হয়, এবং তাহা হইলে কোমল চীরবাস এবং উষ্ণ জল দ্বারা উহাদিগকে অনায়াসেই দূরীভূত করিতে পারা যায়। এই রূপে মামড়ী সকলকে দূরীভূত করিয়া, হাইড্রার্জ. অক্সাইড্‌ ফ্লেভা ১ ড্রাম, অঙ্গুয়েন্টম্‌ নিম্‌প্লেক্স. ১ আউন্স; অথবা, অঙ্গুয়েন্টম্‌ হাইড্রার্জ. নাইট্রিকো-অক্সাইড্‌ ডায়েলিউটম্‌ ১ ড্রাম্‌, ককোয়া বটার্‌ ৩ ড্রাম্‌, দ্বারা মলম প্রস্তুত করিয়া, অক্ষিপুট প্রান্তোপরি সাবধান পূর্ব্বক প্রলেপিত করিতে হয়। ইহাতে সাবধানের বিষয় এই যে, ঠিক পীড়িত স্থানে উক্ত মলম প্রদান করিতে হয়; কেবল মামড়ীর উপর প্রদান করিলে উক্ত ঔষধে কোন ফলোদয় হয় না।

প্রথমবার চিকিৎসক স্বয়ং এই মলম প্রলেপিত করিয়া দেন। তৎপরে, দিবসে দুইবার করিয়া উহা প্রত্যহ প্রলেপিত করা উচিত। প্রাতঃ সন্ধ্যা দুইবার রোগী উষ্ণ জল দ্বারা চক্ষু ধৌত করিলে, নূতন২ মামড়ী সকল স্বতন্ত্র হইয়া যাইতে পারে; এবং তৎপরে উক্ত মলম ব্যবহার করা উচিত। এই রূপ করিলে, সত্বর রোগাপনীত হইবে, এরূপ আশা করা যাইতে পারে।

অপেক্ষাকৃত স্থায়ী রোগ সমূহে, যেখানে অক্ষিপুটপ্রান্ত ক্ষতযুক্ত হয়, তথায় প্রথমতঃ পক্ষ্মসকলকে মূলসমীপে কর্ত্তিত করিয়া, মামড়ী সকল এক খানি ফরসেপ্স দ্বারা অপনীত করা বিধেয়। তৎপরে নাইট্রেট্ অব্ সিল্ভার্ পেন্সিল্ উক্ত ক্ষত স্থানের বহিঃপ্রান্তোপরি স্পর্শীকৃত করিতে হয়; অথবা সেই স্থান টিংচর্ অব্ আইওডিন্ দ্বারা প্রলেপিত করা উচিত। চিকিৎসক স্বয়ং এই সকল প্রলেপন প্রদান করিয়া থাকেন। তৎপরে রোগী তথায় ডায়েলিউট্ অক্সাইড্ অব্ মার্করি অয়েন্ট্মেন্ট্ ব্যবহার করে। বাস্তবিক টিনিয়া রোগ প্রবর্ত্তক ফঙ্গস্ (Fungus) অথবা প্যারাসাইট্ (Parasite) অর্থাৎ পরাঙ্গপুষ্ট মামড়ী যতদিন পর্য্যন্ত বিনষ্ট না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত প্রতি সপ্তাহে অন্ততঃ দুইবার করিয়া অক্ষিপুটে টিংচর্ অব্ আইওডিন্ ব্যবহার করা উচিত।

ডাক্তার টিন্বারী ফক্স সাহেবের মতে টিংচর্ অব্ আইওডিনের পরিবর্ত্তে কার্বলিক্ য়্যাসিড্ গ্লিসিরীণে দ্রবীভূত করিয়া ব্যবহার করিলে, অধিকতর উপকার দর্শে। ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেবের মতেও উক্ত ঔষধ উল্লিখিত রূপে ব্যবহার করিলে, টিনিয়া টার্সাই রোগে বিশেষ উপকারজনক হইতে পারে। কিন্তু উহার মাত্রা প্রথমতঃ ১ ভাগ কার্বলিক্ য়্যাসিড্, ৫ ভাগ গ্লিসিরীণ; তৎপরে ১ ভাগ কার্বলিক্ য়্যাসিড্ ২০ ভাগ গ্লিসিরীণে লোশন্ প্রস্তুত করিয়া, উষ্ট্র-লোম তুলিকা দ্বারা প্রাতঃ সন্ধ্যা দুইবার অক্ষিপুট প্রান্তে প্রদান করিতে হয়।

দীর্ঘকালস্থায়ী টিনিয়া, যাহাকে লিপিটিউডো বলে, তাহার অধিকাংশ স্থলে, রোগোপশম করা অতিশয় দুষ্কর। বাস্তবিক উহাতে যে অপকার হয়, তাহা সংশোধন করাও অত্যন্ত দুর্ঘট। যাহাহউক পক্ষ্মাঙ্কুর উৎপাটিত করিয়া ট্রাইকিয়েসিস্ অর্থাৎ বক্রপক্ষ্ম রোগ এবং তজ্জনিত কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা কিয়ৎ পরিমাণে নিবারণ করা যাইতে পারে। কার্বলিক্ য়্যাসিড্ লোশন্ দ্বারা ক্ষতোপশম হয়; কিন্তু আমরা যত কেন চেষ্টা করি না, স্থূলীভূত, পক্ষ্ম বিহীন অক্ষিপুটের অবস্থা কখনই দূরীভূত হয় না।

পিডিকিউলি (Pediculı) বা মৎকুণ।——সময়ে২ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র মৎকুণবৎ কীট সকল পক্ষ্মসমষ্টির মধ্যে বাস করে। উহাদের ডিম্ব সকল

পক্ষ্মাচ্ছাদন কবায়, দেখিলে বোধ হয় যে, পক্ষ্মসমষ্টি কোন রূপ কৃষ্ণবর্ণ চূর্ণ পদার্থ দ্বারা সমাচ্ছাদিত রহিয়াছে। এই সকল পরাঙ্গপুষ্ট কীট উক্ত স্থানকে কণ্ডু যুক্ত করে; সুতরাং রোগী কণ্ডুয়ন করিতেং প্রায়ই পক্ষ্ম সকলকে মূলাবশিষ্ট রাখিয়া ছিন্ন করিয়া ফেলে। এইরূপ উত্তেজনা ব্যতীত চক্ষু সুস্থ থাকে, এবং যত্ন পূর্ব্বক দেখিলে, পক্ষ্ম সকলকে চূর্ণ অথবা ধূলি দ্বারা আবৃত বোধ হয়। লেন্স্ (Lens) দ্বারা ঐ সকল মৎকুণ পৃথকং স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। উষ্ণ জল দ্বারা ঐ স্থান বিলক্ষণ ধৌত করা ও পরে পক্ষ্ম ও পুটপ্রান্তে ষ্ট্যাফিজেগ্রিয়া নামক ঔষধ মর্দ্দিত করাই ইহার চিকিৎসা। আর উহাতে কোন উপকার না হইলে ব্লু মার্কুরিয়্যাল্ অয়েণ্ট্মেণ্ট্ তিনবার করিয়া ঐ স্থানে প্রলেপিত করা উচিত। যদি ইহাতেও মৎকুণ সকল বিনষ্ট না হয়, তবে দুই গ্রেণ হাইড্রার্জ ক্লোরাইড্ এক আউন্স জলে মিশ্রিত করিয়া অক্ষিপুট ধৌত করা উচিত।

পঞ্চম অধ্যায়।

DISEASES OF THE LACHRYMAL PASSAGES.

ল্যাক্রিম্যাল্ প্যাসেজ্ অর্থাৎ অশ্রুপথ সকলের রোগ সমূহ।

পংটার স্থানাপসরণ ও অবরোধ (Displacement and Obstructions of the Puncta) ।——সুস্থ চক্ষুতে পংটা অর্থাৎ অশ্রুর দুইটী পংটম্ বা দ্বার অক্ষিগোলকে স্পর্শ করিয়া থাকে ; সুতরাং অক্ষিপুটদ্বয় না উল্টাইলে উহাদিগকে দেখিতে পাওয়া যায় না। চক্ষু মুদিত থাকিলে, পংটা লেকস্ ল্যাক্রিম্যালিস্ অর্থাৎ অশ্রুহ্রদে অবস্থান করে ; এই নিমিত্ত মনুষ্যের নিদ্রিত ও জাগরিত উভয় অবস্থাতেই অশ্রু পংটম্দ্বয়ের অভ্যন্তর দিয়া অশ্রু প্রণালী (ক্যানালি কিউলি), অশ্রুথলি (ল্যাক্রিম্যাল্ স্যাক্) ও নাসা প্রণালীতে (নেজাল্ ডক্ট) প্রবহমান হইয়া আসিয়া, পরিশেষে নাসিকায় পতিত হয়। (১৮শ, প্রতিকৃতি)

১৮শ, প্রতিকৃতি।



কোন কারণে পংটা স্থানচ্যুত হইলে, অথবা নাসারন্ধ্রে অশ্রু গমনের পথ অবরুদ্ধ হইলে, অশ্রুহ্রদে নিঃসৃতাশ্রু সঞ্চিত হইয়া, কালক্রমে উৎপ্লাবিত ও গণ্ডদেশ দিয়া প্রবাহিত হওতঃ, রোগীর বিলক্ষণ অসুবিধা জন্মায়।

অশ্রু কেবল এই রূপেই নিঃসৃত হয় এমত নহে ; কিয়ৎ পরিস্রুত অশ্রু কর্ণিয়ার সম্মুখে সতত ভাসমান থাকিয়া চক্ষুতে আলোক রশ্মি আসিবার পথ প্রতিরোধ করে ; সুতরাং রোগী সুস্পষ্ট দর্শনের নিমিত্ত অনবরত উক্ত

অশ্রু মোচন করিতে থাকে; এবং পরিশেষে চক্ষু দীর্ঘকাল অশ্রু লিপ্ত থাকিয়া, পুরাতন কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ এবং তৎফল সকল ভোগ করে।

সাধারণতঃ অশ্রুপথ সকলের অন্তরাবরক মিম্ব্রেণ বা ঝিল্লি প্রদাহিত হওতঃ, উক্ত পথ সকলের কোন স্থানে ষ্ট্রিক্‌চর্ (Stricture) উৎপন্ন হইয়া অশ্রু নিঃসরণে অবরোধ প্রদান করিয়া থাকে। যাহা হইক, পক্ষ্ম প্রান্ত স্থূল হইলে যেমন টিনিয়া রোগে ইহা হয় কিম্বা কন্‌জংটাইবা স্থূল হইলে যদি তদ্দ্বারা পংটা স্বস্থান ভ্রষ্ট হয় তাহা হইলেও এবম্বিধ ঘটনা সমুপস্থিত হয়। আর ইহাও স্পষ্ট দেখা যাইতেছে যে, এক্‌ট্রোপিয়ম্ রোগ যেরূপে উৎপন্ন হউক না কেন, তৎপরেও এবম্বিধ ঘটনা সকল প্রকাশিত হয়। অন্যপক্ষে বৃদ্ধ বয়সের ন্যায় চক্ষু কোটরমগ্ন হইলে, পংটা সচরাচর ইন্‌ভার্টেড্ বা চক্ষুরাভিমুখে বক্র (Inverted) হইয়া পড়ে।

পংটার অবরোধ দুই প্রকার-আংশিক ও সম্পূর্ণ; অর্থাৎ এক অথবা উভয় পংটা রুদ্ধ হইয়া পূর্ব্ববর্ণিত লক্ষণ সকল অভ্যুদিত করে।

ইতিপূর্ব্বে দ্বিতীয় অধ্যায়ে বর্ণিত হইয়াছে যে, সুস্থ চক্ষুতে অশ্রুথলির উপর পীড়ন করিলে ল্যাক্রিম্যাল্ পংটা হইতে এক বিন্দু তরল পদার্থ নিঃসৃত হইয়া আইসে। যাহাহউক যদি একটী বা উভয় পংটম অবরুদ্ধ হয়, তবে স্পষ্টই দেখা যাইতেছে যে, তন্মধ্য দিয়া আর তরল পদার্থ প্রত্যাগত করাইতে পারা যায় না। এবম্বিধ অবস্থায় ক্যানাকিউলসের অভ্যন্তরে প্রোব নামক শলাকা প্রবেশিত করিতেও পারা যায় না, সুতরাং এইরূপ স্থলে প্রকৃতরূপে রোগ নির্ণয় করা কষ্টকর নহে; এবং চিকিৎসা প্রণালীও অত্যন্ত সহজ। যে উপায়ে হউক না কেন, চক্ষু এবং নাসারন্ধ্রের সংযোগ পুনঃ স্থাপিত করাই উহার চিকিৎসা।

চিকিৎসা।——পংটার আজন্মাভাবেও, পুটপ্রান্তের নাসাপার্শ্বস্থ সীমা ভাগে একটী ক্ষুদ্র চিহ্ন অথবা নিম্ন স্থান বর্ত্তমান থাকিয়া, পংটার প্রকৃত অবস্থান নির্দ্দেশ করে; এবং ইহা দ্বারা এরূপ সিদ্ধান্ত করিতে পারা যায় না যে, পংটা অবরুদ্ধ থাকিলে অশ্রুপ্রণালী রুদ্ধ থাকিবে। এতন্নিমিত্ত কোন কোন স্থলে কেবল ক্যানালিকিউলসে অশ্রুপ্রবেশনাবরোধক মেম্ব্রেণ চিরিয়া দিয়া, ও যতদিন পর্য্যন্ত সেই বিদারিত স্থান শুষ্ক না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত

প্রত্যহ উক্ত পথের অভ্যন্তরে প্রোব্ শলাকা প্রবেশিত করিয়া, উহাকে উন্মুক্ত রাখিলেই যথেষ্ট হয়। অতঃপর এই স্থান পুনঃ সংযুক্ত হইবার এবং ক্যানালিকিউলসে অশ্রু গমন করিবার প্রণালী পুনরুদ্ধ হইবার অল্প সম্ভাবনা থাকে।

যে অক্ষিপুটের পংটমে শস্ত্র প্রবেশ করিতে হইবে, সেই অক্ষিপুট (ঊর্দ্ধ কিম্বা অধঃ) উল্টাইয়া, বিলক্ষণ রূপে পংটম্‌কে অনাবৃত করিয়া একখানি তীক্ষাগ্র শস্ত্র ক্যানালিকিউলসের অভিমুখে অবরোধ ভেদ করতঃ প্রবেশিত করিতে হয়। এক্ষণে যদি একটী প্রমাণ ল্যাক্রিম্যাল্ প্রোব্ ক্যানালিকিউলসের অভ্যন্তর দিয়া ল্যাক্রিম্যাল্ স্যাকে প্রবিষ্ট করিতে পারা যায় এরূপ হয়, তবে বিভাজিত প্রান্ত সংযুক্ত হইতে পারিবে না বলিয়া, চারি কিম্বা পাঁচ দিবস পর্য্যন্ত প্রত্যহ উক্ত বিদারণ মধ্যে প্রোব্ সঞ্চালন করা ভিন্ন অন্য কোন চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না।

পংটমের অবস্থান নির্দ্দেশ করিতে না পারিলে, ক্যানালিকিউলসকে আড় ভাবে কর্ত্তন করিয়া, একটী গহ্বরিত ল্যাক্রিম্যাল্ ডাইরেক্টর উক্ত প্রণালীর মধ্য দিয়া ল্যাক্রিম্যাল্ স্যাকে বা অশ্রুথলিতে সঞ্চালিত করতঃ, ক্যানালিকিউলসের সমুদয় দৈর্ঘ্য চিরিয়া দিলে, অশ্রু তন্মধ্য দিয়া অনায়াসেই সুগমরূপে থলিতে গমন করিতে পারে।

যাহাহউক ইহাতে এরূপ সিদ্ধান্ত হইতেছে না যে, পংটা অথবা উহাদের ছিদ্র সম্পূর্ণ রুদ্ধ থাকে। উহারা এই দুই চরমসীমার মধ্যে এরূপ সঙ্কুচিত থাকিতে পারে যে, তন্মধ্য দিয়া উপযুক্ত পরিমাণে অশ্রু প্রবাহিত হইতে না পারায়, নাসাপাঙ্গদিকে অশ্রু সতত সঞ্চিত থাকে। এরূপ স্থলে একটি প্রোব্ পংটম্ মধ্যে সঞ্চালিত করতঃ, উক্ত যন্ত্রের সাহায্যে পংটমের অন্তরোর্দ্ধ প্রাচীর ভেদ করিয়া, পরিশেষে সেই ভিন্ন স্থান পূর্ব্বোলিখিত রূপে সতন্ত্র করিয়া রাখিতে হয়।

ক্যানালিকিউলসের অবরোধ (Obstruction of the Canaliculus)।——দ্বিবিধ; পার্মেনেণ্ট্ অর্থাৎ স্থায়ী অথবা স্পাজ্‌মোডিক্ বা আক্ষেপিক। পংটার চিরস্থায়ী ষ্ট্রিক্‌চর্ বা সঙ্কোচন ঘটিলে, যে২ লক্ষণ অভ্যুদিত হয়, সম্পূর্ণ অথবা আংশিক অবরোধেও সেই২ লক্ষণ অভ্যুদিত

হইয়া থাকে; এবং অধিকাংশ স্থলে, তদ্রূপ কারণে অর্থাৎ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর পুরাতন প্রদাহ জন্য উৎপন্ন হয়। পক্ষ অথবা চূর্ণ কঙ্কর প্রভৃতি বাহ্য পদার্থ দ্বারা কখনং প্রণালী অবরুদ্ধ হইয়া থাকে।

পংটমের অভ্যন্তর দিয়া একটী প্রোব্ চালিত করিলে, ক্যানালিকিউলসে অবরোধ আছে কিনা অনুভূত হইতে পারে। কারণ এরূপ করিলে, উক্ত প্রোব্ ক্যানালিকিউলসের যে স্থানে ষ্ট্রিকৃচর্ আছে তাহা অতিক্রম করিয়া অশ্রু-থলিতে উপনীত হইতে পারে না।

অত্যন্ত সতর্ক হইয়া, ক্যানালিকিউলসের অভ্যন্তরে প্রোব্ দ্বারা অনু-সন্ধান করিতে হয়; কারণ উহা অসাবধানে সঞ্চালিত হইলে, যে স্থলে এই অবরোধ আক্ষেপ বশতঃ অথবা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর রক্তাধিক্য জন্য হয় তথায় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে আঘাত প্রদান জন্য স্থায়ী অবরোধ ঘটাইতে পারে।

অশ্রুপ্রণালীর অন্তর্বহিঃ একতর দ্বারেই আক্ষেপ জনিত ষ্ট্রিকৃচর্ বা সঙ্কোচন ঘটিতে পারে; এবং কন্‌ষ্ট্রিক্টর্ পেশীর সাময়িক আক্ষেপ অথবা শিথিলতা প্রযুক্ত চক্ষু অশ্রুপূর্ণ অথবা কোন সময়ে অশ্রুবিহীন হইয়া থাকে। স্থায়ী ষ্ট্রিকৃচর্ বা সঙ্কোচনে প্রোব্ প্রণালী মধ্যে যদ্রূপ বাধা প্রাপ্ত হয়, এবম্বিধ অবরোধে তদ্রূপ কোন প্রতিরোধ প্রাপ্ত হয় না।

চিকিৎসা।——অবরোধ দীর্ঘকাল স্থায়ী না হইলে, তন্মধ্যে প্রোব্ সঞ্চালন করিবার চেষ্টা করা সম্পূর্ণ অনুচিত। কারণ, অশ্রুপ্রণালীর অন্তরা-বরক ঝিল্লীর কেবল রক্তাধিক্য হইয়াও এই অবরোধ ঘটিতে পারে; এবং এরূপ হইলে স্ট্যাষ্ট্রিন্‌জেন্ট্ বা সঙ্কোচক ঔষধ দ্বারা তাহা তিরোহিত করা যায়। কিন্তু অর্ব্বাচীনের ন্যায় তন্মধ্যে অযথা প্রোব্ সঞ্চালন করিলে, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী আহত হইয়া স্থায়ী অবরোধ ঘটাইতে পারে। অন্যপক্ষে, যদি রোগী ক্রমাগত দুই কিম্বা তিন মাস পর্য্যন্ত অশ্রুপ্রণালীর অবরোধ লক্ষণ সকলের বিষয় অবগত করাইতে থাকে, তবে সত্বর শস্ত্রচালনা করা অত্যন্ত আবশ্যক। যে কোন কারণে উৎপন্ন হউক না কেন, স্থানিক ঔষধে দীর্ঘকাল স্থায়ী অবরোধ উপশমিত হয় না; এরূপ স্থলে যত সত্বর ক্যানালিকিউলস্ উন্মুক্ত করা যায় ততই ভাল। কার্য্যকালে দেখিতে পাওয়া যায় যে ক্যানালিকিউলসের অবরোধ থাকিলে নেজাল্‌ডক্ট্ও তদ্‌সঙ্গেং অবরুদ্ধ থাকে এ জন্য ডাক্তার

ম্যাক্‌নামারা বিবেচনা করেন যে দ্বিতীয়বার শস্ত্র প্রয়োগ পরিহারের জন্য ক্যানালকে উন্মুক্ত করিবার সময় ডক্টে কোন ষ্ট্রিকৃচর থাকিলে তাহাও ঐ সঙ্গে বিভাজিত করা উচিত।

১। এই ষ্ট্রিকৃচর্ বা সঙ্কোচন সর্ব্বাংশাবরোধক না হইলে, একটী সূক্ষ্ম গহ্বরিত ডাইরেক্টর তন্মধ্য দিয়া অশ্রুথলিতে প্রবেশ করান উচিত। এই সময়ে একজন সহকারী চিকিৎসক অক্ষিপুটকে উল্টাইয়া বহির্দ্দেশাভিমুখে ধৃত করিবেন; এবং শস্ত্রচিকিৎসক একখানি ছুরিকা ডাইরেক্টরের গহ্বর মধ্য দিয়া সঞ্চালন করতঃ, পংটম্ এবং ক্যানালিকিউলস্‌কে এক প্রান্ত হইতে অপর প্রান্ত পর্য্যন্ত বিলক্ষণ চিরিয়া দিবেন। অতঃপর এক সপ্তাহ কাল পর্য্যন্ত প্রত্যহ একটী প্রোব্ উক্ত বিদারণের মধ্য দিয়া অশ্রুথলিতে চালিত করিলে, বিদারিত প্রান্ত সংযুক্ত হইয়া যাইতে পারে না। এইরূপ করিলে, প্রণালী চিরকালের নিমিত্ত উন্মুক্ত থাকে, এবং তন্মধ্য দিয়া অশ্রু অশ্রুথলিতে প্রবাহিত হইতে থাকে। এই শস্ত্র প্রক্রিয়ায় ডাইরেক্টরের গহ্বর যাহাতে চক্ষুরভিমুখে থাকে অর্থাৎ যাহাতে অক্ষিগোলকের অব্যবহিত পার্শ্বেই উক্ত বিদারণ হয়, এরূপ যত্ন করা আবশ্যক। তাহা না হইলে, লেকস্ ল্যাক্রি-ম্যালিস্ হইতে অশ্রু আসিয়া অশ্রু প্রণালী দিয়া প্রবাহিত হইতে পারে না।

মিষ্টার বোম্যান্ সাহেব উপর্য্যুক্ত শস্ত্র প্রণালী নিম্ন লিখিত রূপে বর্ণনা করেন*—“রোগী একখানি চেয়ারে উপবিষ্ট থাকিয়া, পশ্চাৎ দণ্ডায়মান ও তদভিমুখে অবনত শস্ত্রচিকিৎসকের বক্ষঃস্থলে ঊর্দ্ধমুখে মস্তক নিধান করিবেন। বাম চক্ষুর অধোক্ষিপুটীয় পংটম্ বিভাজিত করিতে হইলে, যে সময় অস্থি উপরিস্থ চর্ম্মকে সঞ্চালন করিয়া অধঃস্থ প্রণালীকে আকৃষ্ট ও শিথিল করিতে থাকিবে সেই সময় বাম হস্তের অনামিকা অঙ্গুলী অক্ষিকোটরের অধঃধারের চর্ম্মোপরি স্থাপন করিয়া পংটম্‌কে উল্টাইয়া রাখিবে। অতঃপর যখন প্রণালী শিথিলীকৃত হয়, তখন দক্ষিণ হস্ত দ্বারা ১ম সংখ্যক প্রোব্ প্রণালী মধ্যে প্রবেশিত করিয়া, তাহাকে বাম হস্তের অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী উভয়াঙ্গুলী দ্বারা ধরিয়া প্রণালী মধ্যে ন্যস্ত রাখিয়া দিতে হয়; এবং গণ্ডদেশে প্রোব্ হেলাইয়া অধঃদিকে পংটম্‌কে অধিকতর উল্টাইতে হয়। এই সময়ে আবার

*Ophthalmic Hospital Reports, vol. i p. 15.

পূর্ব্বোক্ত অনামিকা দ্বারা বহির্দ্দিকে অর্থাৎ মেল্যার্ বোন্ বা গণ্ডাস্থির অভি-মুখে চর্ম্ম সঞ্চালন করতঃ, প্রণালী আকর্ষণ ও আবদ্ধ করিতে হয়। অতঃপর দক্ষিণ হস্ত দ্বারা একখানি অতি সূক্ষ্ম তীক্ষ্ণাগ্র ছুরিকা ধারণ করতঃ, পংটম্ হইতে ক্যারাঙ্কল্‌পর্য্যন্ত প্রণালীকে বিপরীতজন্য কন্‌জংটাইভার দিকে বিভাজিত করিয়া দেওয়া উচিত। পংটমের প্রান্ত বিভাজিত হইয়াছে কি না জানিবার নিমিত্ত, প্রোবকে উহার অগ্রভাগের উপর স্থাপিত রাখিয়া প্রণালী হইতে উত্তোলিত করিতে হয়; এবং যে সকল বিধান বিভাজিত করিতে হয় তাহাদের মধ্য দিয়া যাহাতে এই কর্ত্তন তীর্যক ভাবে সরিয়া না যায়, তদ্বিষয়ে বিশেষ যত্ন করা উচিত। কারণ তাহা হইলে, উহা প্রশস্ত হওয়ায়, কার্ষ্ঠ ইউনিয়ন্ বা প্রথম উপায়ে সংযুক্ত হইতে পারে। এই বিষয় সাধিত হইতে পারিবে না বলিয়া, বিভাজনের পর কিয়দ্দিবস পর্য্যন্ত প্রত্যহ তন্মধ্যে আড়-ভাবে প্রোব্ চালিত করিলে, সংযোগ ঘটিলেও তাহা ছিন্ন হইয়া যায়। কোন কোন স্থলে, বিশেষতঃ যে স্থলে অধোক্ষিপুট অত্যন্ত স্ফীত হয়, তথায় ক্যারাঙ্কলের সমীপে এই ক্ষতের পশ্চাৎবর্ত্তী ধারের কিয়দংশ ফরসেপ্স দ্বারা ধৃত করতঃ একখানি কাঁচি দ্বারা কর্ত্তন করিয়া লইতে হয়*। পংটা এক্ট্রোপিয়ম্ রোগে যদ্রূপ উল্টাইয়া যায়, তদ্রূপ উল্টাইয়া গেলে, অক্ষিগোলকের অব্যবহিত পার্শ্বে অভ্যন্তরাভিমুখে এই কর্ত্তন করা অত্যন্ত আবশ্যক। কারণ তাহা হইলে, তন্মধ্য দিয়া অশ্রু প্রবাহিত হওতঃ অশ্রুথলিতে আসিয়া উপস্থিত হইতে পারে। যদিও বোম্যান্ সাহেবের আদিষ্ট শস্ত্রপ্রণালী অতি সহজ তথাপি কার্য্যকালে বিশেষতঃ স্নায়ুপ্রকৃতি বিশিষ্ট রোগীর সম্বন্ধে ইহা সহজ ব্যাপার নহে। সম্প্রতি ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব ক্যানালীকিউলমে প্রোব্ প্রবেশ করা পরিত্যাগ করিয়াছেন এবং নিম্নলিখিত উপায় মনোনীত করেন। রোগী, চিকিৎসক ও যে স্থানে শস্ত্র প্রয়োগ হইবে তাহাদের অবস্থান পূর্ব্বে যেরূপ বর্ণিত হইয়াছে তদ্রূপ হইবে। কিন্তু ক্যানালিকিউলসে ডিরে-ক্টর প্রয়োগ করিবার পরিবর্ত্তে অগ্রভাগে প্রোবের ন্যায় আকার বিশিষ্ট একটি সূক্ষ্ম ছুরিকা পংটমে প্রবেশ করতঃ ক্যানালিকিউলসে চালাইয়া দিতে হয়। যন্ত্রের অগ্রভাগ ল্যাক্রিম্যাল্‌অস্থিকের অভ্যন্তর দিকস্থ প্রাচীর স্পর্শ করিলে

* *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. i. p. 103.

উক্ত ছুরিকাকে সমতল অবস্থা হইতে লম্বভাবে আনয়ন করিতে হয়। এই প্রক্রিয়া দ্বারা, অক্ষিপুটকে বাহুদিকে কিঞ্চিৎ টান রাখিয়া ক্যানালিকিউলসের সমুদয় দৈর্ঘ্যতা বিভাজিত করা যায় এবং ছুরিকার ফলক উক্ত স্থান হইতে উঠাইয়া না লইয়া স্যাকের অভ্যন্তর দিকস্থ প্রাচীরাভিমুখে চালাইয়া নেজাল্ ডক্ট্ দ্বারা নাসারন্ধ্রে প্রবেশ করাইতে হয়। এই প্রক্রিয়া বর্ণনা করিতে যত সময় আবশ্যক করিয়াছে তদপেক্ষা অনেক অল্প সময়ের মধ্যে ইহা সম্পন্ন হইয়া থাকে। এই প্রক্রিয়াতে পশ্চাতে এরূপ ছুরিকা প্রবেশ করিবার অসুবিধা ভোগ করিতে হয় না। এই ছুরিকাকে নেজাল্ ডক্টে প্রবিষ্ট করণান্তর প্রণালীর অস্থিময় প্রাচীর পর্য্যন্ত যাহা কিছু প্রতিবন্ধক বিধান থাকে তাহাদিগকে এরূপ ভাবে বিভাজিত করিবে যে, ছুরিকাকে ডক্টের ভিতর মুক্তভাবে অনুভব করিতে এবং বাধা না পাইয়া চতুর্দ্দিকে ঘুরান এবং অধঃ বা উর্দ্ধদিকে লইতে পারা যায়। অধিকাংশ স্থলেই এই শস্ত্রপ্রক্রিয়া শীঘ্র বা বিলম্বে আবশ্যক হইয়া থাকে এবং কোন অবস্থাতেই ইহা হানিজনক হয় না। পংটম্ এবং ক্যানালিকিউলস্ উন্মুক্ত করিবার নিমিত্তও এই প্রক্রিয়া সুন্দর উপযোগী। পরবর্ত্তী চিকিৎসার জন্য যে পর্য্যন্ত না উক্ত পথের আচ্ছাদক মিউকস্ মেম্ব্রেণ আরোগ্য হয় তাবৎকাল পর্য্যন্ত উক্ত পথকে প্রসারিত রাখিবার নিমিত্ত প্রতি দ্বিতীয় বা তৃতীয় দিবসে একটা প্রমাণের ল্যাক্রিম্যাল্ প্রোব্ প্রবেশ করাইতে হয়। (ফিশ্চুলা ল্যাক্রিম্যালিসের চিকিৎসা দ্রষ্টব্য)।

২। মনে কর এই অবরোধ সার্ব্বাংশিক এবং স্থায়ী, আমরা ক্যানালিকিউলসের অভ্যন্তর দিয়া সূক্ষ্মতম ডাইরেক্টরও থলি মধ্যে নিহিত করিতে পারি না; এরূপ স্থলে উর্দ্ধস্থ ক্যানালিকিউলসের মধ্য দিয়া অথবা টেণ্ডো-প্যাল্পিব্রেরমের পশ্চাতে লেকস্‌ল্যাক্রিম্যালিস্ হইতে থলিতে অশ্রু গমনের আর একটী পথ করিয়া দিতে হয়*। থলি এই অভিমুখে বিদ্ধ হইলে, প্রত্যহ সেই ছিদ্র মধ্য দিয়া একটী প্রোব্ সঞ্চালিত করতঃ উক্ত স্থান উন্মুক্ত রাখিলে নাসাপাঙ্গ অন্তরস্থ অশ্রুথলি মধ্যে একটী নালীবৎ পথ প্রস্তুত হয়।

যেস্থলে অধঃস্থ পংটম্ এত অবরুদ্ধ হইয়া যায় যে, তাহার অবস্থানও নির্দ্দেশ করিতে পারা যায় না, তথায় মিষ্টার ষ্ট্রেট্‌ফিল্ড্ সাহেবের অনুমোদিত

* "Maladies des Yeux," par M. Wecker, tom. i. p. 766.

শস্ত্রপ্রণালী অবলম্বন করিলে অনেক উপকার দর্শে। এইরূপ অবস্থায় তিনি ঊর্দ্ধস্থ পংটম্ এবং ক্যানালিকিউলস্ বিভাজিত করিতে অনুমতি দিয়া থাকেন; এবং সেই ছিদ্র মধ্য দিয়া একটী সূক্ষ্ম ও বক্র ডাইরেক্টর অধঃস্থ ক্যানালিকিউলস্ মধ্যে এবং সম্ভব হইলে, অধঃস্থ পংটম মধ্য দিয়াও সঞ্চালিত করিতে পারা যায়। এরূপ করিতে না পারিলে, অধঃস্থ ক্যানালিকিউলসের অভ্যন্তরে নিহিত প্রোব্ অনুসরণ করিয়া, অধঃস্থ প্রণালীকে উন্মুক্ত রাখিতে পারা যায়। ঊর্দ্ধস্থ পংটমের অবরোধ চিকিৎসাকরিতে হইলে, এই উপায় বিপরীত করিয়া লইতে হয়*।

অশ্রুথলির ফ্লেগ্‌মন্ (Phlegmon of the Lachrymal sac) অর্থাৎ স্ফোটক।——এই স্ফোটক অতিশয় যন্ত্রণাদায়ক ও ইহাতে প্রায় সচরাচর জ্বর এবং শারীরিক বিশৃঙ্খলা ঘটে। অশ্রুথলির স্ফোটক প্রথমে একটী ক্ষুদ্র কঠিন ও যন্ত্রণাদায়ক টিউমার বা গ্রন্থি সদৃশ হইয়া চক্ষুর নাসাপাঙ্গ দেশে আবির্ভূত হয়। প্রদাহ বৃদ্ধি সহকাবে থলিব আববক চর্ম্ম আয়াম যুক্ত ও চিক্কণ হয়, এবং স্ফীততা হইয়া তাহা গণ্ডদেশ ও অক্ষিপুট আক্রমণ করে। অক্ষিপুটের এই শোফ এত অতিবিক্ত হইয়া থাকে যে, তাহাদিগকে উন্মীলিত করা যায় না। প্রথমতঃ এই পীড়া পিউবিউলেণ্ট্ কন্‌জংক্টিভাইটিস্ রোগ বলিয়া বোধ হয়; কিন্তু চক্ষু হইতে পূয়াস্রাবের অভাব এবং নাসাপাঙ্গদেশে অত্যন্ত যন্ত্রণাদায়ক স্থানের বিদ্যমানতা দেখিয়া, এই রোগের প্রকৃতি অনায়াসে নির্ণীত হইয়া পড়ে।

প্রদাহ নিবারণ না কবিলে, পূয়োৎপত্তি হয়; এবং থলির অবস্থান প্রদেশে পূয়ের গতি অনুভূত হইতে পারে। বহির্দ্দিকে এই স্ফোটকের মুখ হয়; এবং পরিশেষে চর্ম্ম বিদাবিত হইয়া তন্মধ্য দিয়া পূয় নিঃসৃত হইয়া পড়ে। অতঃপর প্রদাহ তিরোহিত হইয়া উক্ত অংশ প্রকৃত অবস্থাপন্ন হইতে পারে; কিন্তু পীড়ার প্রকোপ দমন না করিলে, প্রায় সচরাচর এই রোগ অশ্রুনালী অর্থাৎ নেত্রনালী রোগে পরিণত হইয়া পড়ে। হয়ত এই নালীও রুদ্ধ হইয়া পুনর্ব্বার স্ফোটক উত্থিত হইয়া থলি ও নাসাপ্রণালীর অন্তরাবরক

* Ophthalmie Hospital Reports. 1860. p. 4.

শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী আংশিক অথবা সম্পূর্ণ বিনষ্ট হয়, ও নাসিকার অশ্রু গমনের পথ চিরকালের নিমিত্ত রুদ্ধ হইয়া পড়ে।

কখনং অশ্রুথলিতে স্ফোটক হইলে, তৎপরে ল্যাক্রিম্যাল্ অস্থিতে কেরিজ্ অথবা নিক্রোসিস্ রোগ ঐ স্ফোটকের পরবর্ত্তী ঘটনা স্বরূপে অভ্যুদিত হইয়া থাকে। স্ক্রফুলা এবং উপদংশ রোগাক্রান্ত ব্যক্তি এবম্বিধ স্ফোটকাক্রান্ত হইলে, উল্লিখিত লক্ষণ সকল সচরাচর প্রকাশিত হইয়া থাকে। অশ্রুথলিতে স্ফোটক হইলে, মুখমণ্ডলে সচরাচর ইরিসিফেলেটস্ প্রদাহও উপস্থিত হইতে পারে; এই প্রদাহ মূর্দ্ধাচর্ম্ম পর্য্যন্তও বিস্তৃত হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা।

চিকিৎসা।——এই রোগের প্রথমাবস্থায় প্রদাহিত থলির উপরিভাগে উগ্র নাইট্রেট্ অব্ সিল্ভার সলিউশন্ লেপন এবং শীতল জলের পটি সতত সংলগ্ন করা বিধেয়। এবম্বিধ রোগে, বিশেষতঃ দাতব্য চিকিৎসালয়স্থ রোগীতে ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেব কদাপি জলৌকা ব্যবহার করেন না; কারণ জলৌকা ব্যবহারে অপকার ভিন্ন কোন উপকার দর্শে না।

প্রকৃত রূপে পূযোৎপত্তি হইলে, স্ফোটকের উপর পোল্টিস্ সংলগ্ন করিয়া দুই ঘণ্টা অন্তর তাহা পরিবর্ত্তন করিতে হয়। যদি উষ্ণ জলের সেক প্রদানে স্ফোটকের এমত কোন উপশম বোধ হয় না যে, অশ্রুথলির উপরিভাগে পীড়ন করিলে, স্বাভাবিক পথ দিয়া স্ফোটকের অন্তর্ব্বর্ত্তী পূয় পদার্থ নিঃসৃত হইয়া যায়, তবে একটী ক্ষুদ্র প্রোব্ পয়েণ্টেড্ ছুরিকা পংটমের মধ্য দিয়া থলিমধ্যে প্রবেশিত করা উচিত।

এইরূপেও যদি স্ফোটক বিদারিত না হয়, তবে স্ফীত অক্ষিপুটদ্বয়কে যতদূর পারা যায় ততদূর বিমুক্ত করিয়া, ছানি উত্তোলন করণোপযোগী ছুরিকার (ক্যাটার্যাক্ট্ নাইফ্) প্রশস্ত পার্শ্বভাগ অক্ষিগোলকের অভিমুখে ন্যস্ত রাখিয়া, তাহাকে পুটদ্বয়ের মিলন ও ক্যারঙ্কলের মধ্যবর্ত্তী নিম্ন স্থল দিয়া অশ্রুথলিতে প্রবিষ্ট করিতে হয়। ইহাতে সহসা, বিশেষতঃ থলি তরল দ্রব্য পূর্ণ থাকিলে, শস্ত্র অনায়াসেই থলিমধ্যে প্রবিষ্ট হইতে পারে। এইরূপে স্ফোটক বিদারিত হইলে, বাহ্য দিক হইতে উহাকে বিদারিত করিবার ক্লেশ ভোগ করিতে হয় না। দুই এক স্থলে উক্ত অংশ এত স্ফীত হয় যে, উল্লিখিত উপায়দ্বয়ের কোন একটি দ্বারা স্ফোটক বিদারিত করিতে

পারা যায় না ; তথায় স্ফোটকের উন্নত উপরিভাগে একেবারে শস্ত্র নিমজ্জিত করা বিধেয় ; তৎপরে পূয় নিঃসৃত করিয়া যতদিন পর্য্যন্ত না পূয় পুনরুৎপন্ন হইতে স্থগিত হয়, ততদিন পর্য্যন্ত উক্ত স্থানে আর্দ্র বস্ত্র সংলগ্ন করিয়া রাখিতে হয়।

যাহাহউক আমরা যতই যত্ন করি না কেন, সচরাচর থলি হইতে চর্ম্মের উপরি ভাগ পর্য্যন্ত একটি নালীপথ উৎপন্ন হইয়া পড়ে। এই নালীপথ মধ্য দিয়া অনবরতঃ অশ্রু নির্গত হইতে থাকে, এবং সেই পথের চতুষ্পার্শ্বস্থ চর্ম্ম স্থূল হয় ও তাহার ছাল উঠিয়া যায় ; ও আচ্ছাদক চর্ম্ম সঙ্কুচিত হইয়া পড়িলে, একট্রোপিয়ম্ রোগ উৎপন্ন হইয়া রোগীকে যথেষ্ট ক্লেশ প্রদান করিতে পারে।

ফিশ্চুলা ল্যাক্রিম্যালিস্ (Fistula Lachrymalis) বা নেত্রনালী।——উপর্য্যুক্ত অশ্রুথলীর নালীপথ সচরাচর থলির অবরোধ ও স্ফোটকের পর প্রকাশিত হইয়া থাকে। অপায় কিম্বা অন্য কোন কারণে চর্ম্ম হইতে থলী পর্য্যন্ত সংযোগ পথ ঘটিলেও উহা প্রকাশিত হইতে পারে। এই পথ আবির্ভূত হইলে, নাসাপ্রণালী অবরুদ্ধ হইয়া থাকে, এবং অশ্রু পংটার মধ্য দিয়া আসিয়া নাসিকা মধ্যে প্রবেশ না করিয়া, উক্ত নালীপথ দিয়া বহির্গত হইয়া যায়।

চিকিৎসা।——প্রথমে নেজাল্ ডক্ট্ বা নাসাপ্রণালী প্রসারিত করিয়া, নাসারন্ধ্রে অশ্রু গমনের পথ উন্মুক্ত করা সম্ভব হইলে, তাহাই চিকিৎসার প্রধানউদ্দেশ্য। পূর্ব্বে একটী ষ্টাইল্ (Style)* নালীপথের মধ্যদিয়া নাসাপ্রণালী মধ্যে প্রবেশানন্তর তাহাকে তৎস্থানে স্থায়ী রাখিয়া এই বিষয় সংসাধিত হইত। উহাতে কিছুদিন পরেই পথ প্রসারিত হইয়া নালী পূর্ণ ও আরোগ্য হইয়া যায়। কিন্তু এই উপায়ে ষ্টাইল্‌কে উক্ত স্থানে অবস্থিত রাখাই কষ্টকর এবং যদিও এই অভিপ্রায় সংসাধনের নিমিত্ত নানাবিধ বুদ্ধিকৌশল উদ্ভাবিত হইয়াছে, কিন্তু তত্তাবতে কোন প্রকারফল দর্শে নাই। এক্ষণে ষ্টাইল্ ব্যবহারও পরিত্যক্ত হইয়াছে। শস্ত্রবিদ্যাবিৎ চিকিৎসকেরা ষ্টাইলের পরিবর্ত্তে পূর্ব্বোক্ত প্রকারে পংটম ও ক্যানালিকিউলস্ বিভাজিত করিয়া, একটী প্রোব্

* এক খণ্ড রৌপ্য নির্ম্মিত তারকে ষ্টাইল্ কহে। ইহা এক দ্বাদশাংশ ইঞ্চ পরিমিত স্থূল ও সার্দ্ধেক ইঞ্চ দীর্ঘহইয়া থাকে। ইহার একটা মেক বা গ্রীবা অর্থাৎ সূক্ষ্মাংশ থাকে যাহা যন্ত্রের মূল দেহের সহিত সূলকোণে বক্র ভাবে সংলগ্ন ও তাহার অন্তে হেড্ বা মস্তক থাকে।

অশ্রুথলি দিয়া নাসাপ্রণালী মধ্যে প্রবিষ্ট করতঃ, নাসারন্ধ্র পর্য্যন্ত প্রবেশিত করিয়া থাকেন।

যদি শস্ত্রবিদ্যাবিৎ চিকিৎসক এই স্থানের শারীর সম্বন্ধ বিশেষরূপে অবগত থাকেন, তবে থলিমধ্য দিয়া নাসাপ্রণালীতে একটী প্রোব্ বা শলাকা প্রবেশ করিতে তাঁহার কোন প্রকার কষ্ট বোধ হয় না। পুটকে উল্টাইয়া ধরা উচিত এবং পূর্ব্ব বর্ণিত যদ্রূপ ষ্ট্রিক্চর্ রোগ উপশমনার্থ শস্ত্র প্রক্রিয়াতে টান করিতে হয় তদ্রূপ প্রণালীকে টান করিলে, মিউকস্ মেম্ব্রেণের একটী ভাঁজ প্রোবের অগ্রভাগে বলপূর্ব্বক আবদ্ধ হইলে যে বিপদ হইবার সম্ভাবনা তাহা পরিত্যাগ করিতে পারা যায়। এরূপ আবদ্ধ হইলে নেজাল্ স্যাক্ মধ্যে যন্ত্র প্রবিষ্ট হইতে বাধা প্রাপ্ত হয়। তৎপরে প্রোব্‌কে উন্মুক্ত ক্যানালিকিউলসের মধ্য দিয়া থলীর অভ্যন্তরস্থ অস্থিপ্রাচীর পর্য্যন্ত সমতলভাবে প্রবেশিত করিতে হয়, এবং পরিশেষে উহাকে শীর্ষকভাবে ধরিয়া অর্থাৎ ১৯ শ, প্রতিকৃতির ন্যায়, আস্তে২ থলিমধ্য দিয়া প্রবিষ্ট করিয়া, উহার অগ্রভাগকে কিঞ্চিৎ বাহ্যদিকে ও সম্মুখ দিকে চালিত করিলে, উহা নাসা প্রণালীতে গমন করিয়া নাসিকা মধ্যে উপনীত হয়।

যে স্থলে প্রণালী সকল পরস্পর মিলিত হইয়া থলিতে প্রবিষ্ট হয়, যদি সেই স্থানে প্রোব্ চালিত হইতে বাধা প্রাপ্ত হয়, তাহা হইলে প্রোব সঞ্চালনে টেণ্ডো অকিউলির নিকটবর্ত্তী চর্ম্ম সচল হয়, ও তথা হইতে এক প্রকার স্থিতিস্থাপক অবরোধ অনুভূত হয়। কিন্তু প্রোব্ থলি মধ্যে প্রবেশিত হইলে, উহা অভ্যন্তর দিকস্থ অস্থিপ্রাচীর স্পর্শ করে, এবং পূর্ব্বোক্ত চর্ম্ম স্পন্দহীন হইয়া থাকে। * এই রূপ অবরোধে প্রোব্ থলি মধ্যে

১৯ শ, প্রতিকৃতি।



* Mr. Bowman on Lachrymal Obstruction. *Ophthalmic Hospital Reports,*

প্রবেশিত হইতে না পারিলে, উহাকে তৎক্ষণাৎ বহিষ্কৃত করা বা অন্য কোন অভিমুখে উহার অগ্রভাগ চালিত করিয়া উহাকে প্রণালী মধ্যে নিহিত করা বিধেয়। যদি এই স্থলে প্রোবের অগ্রভাগ নিশ্চিত বাধা প্রাপ্ত হয়, তবে উহাকে সাবধানে তন্মধ্য দিয়া বলপূর্ব্বক প্রবেশিত করা হয়, কিন্তু যদ্যপি ছুরিকার ফলক পূর্ব্বে প্রণালী মধ্যে প্রবেশ করান হইয়া থাকে তাহা হইলে এরূপ প্রক্রিয়ার প্রায় আবশ্যক হয় না। নাসা প্রণালী মধ্যে প্রোব্ চালিত করিতে অত্যন্ত কষ্ট বোধ হইলে, ঊর্দ্ধ ও অধঃ ক্যানালিকিউলস্ চিরিয়া থলীর একটী বৃহত্তর মুখ করিয়া দিতে হয়। দীর্ঘকালস্থায়ী পীড়ায় থলী আকারে ক্ষুদ্র হইয়া এইরূপ প্রতিরোধ প্রদান করিয়া থাকে। অতঃপর নাসিকাদিকস্থ পুটীয় লিগামেণ্ট বিস্তৃত ভাবে বিভাজিত করিয়া দিলে ঊর্দ্ধদিক হইতে শলাকা অনায়াসেই থলি ও প্রণালী মধ্যে প্রবিষ্ট হইতে পারে।

অবরোধের প্রকৃতি ও বিস্তার অনুসারে প্রোবের আকার ভেদ হইয়া থাকে। নাসিকার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে প্রোবের অগ্রভাগ স্পৃষ্ট হইলেই রোগী তৎক্ষণাৎ তথায় তাহা অনুভব করিতেপারে, সুতরাং তাহা হইলেই প্রোব্ প্রকৃত স্থানে গমন করিয়াছে বলিয়া বোধ হয়। অবরুদ্ধ স্থানের মধ্য দিয়া নাসা প্রণালীতে আস্তে২ প্রোব্ প্রবিষ্ট করিতে হয়, নতুবা কেবল যে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লিই আহত হয় এমত নহে, প্রোব্ নাসাপ্রণালী ও অস্থিপ্রাচীরের মধ্য দিয়া গমন করে; এবং তৎস্থানকে চিরাহত রাখে।

অশ্রুথলি কিম্বা নাসাপ্রণালী অবরুদ্ধ হইলে, এবং তৎসঙ্গে২ নেত্রনালী সহানুবর্ত্তী হইলে, যতদিন পর্য্যন্ত না নাসাপ্রণালী সম্পূর্ণ রূপে প্রসারিত হয়, ততদিন পর্য্যন্ত তন্মধ্যে প্রতি সপ্তাহে দুইবার করিয়া প্রোব্ প্রবেশিত করিতে হয়। অশ্রুর প্রকৃত প্রণালী মুক্ত হইলে, নালী স্বয়ং উপশমিত হইয়া যায়।

যাহাহউক, সচরাচর আমরা যতই কেন না চেষ্টা করি, অশ্রুপ্রণালীকে প্রকৃত অবস্থায় নীত করিতে আমাদের সমস্ত চেষ্টা বিফল হইয়া যায়; সুতরাং নালী উন্মুক্ত থাকিয়া, রোগীকে সতত অতিশয় বিরক্তি প্রদান করিয়া থাকে। তিন প্রকার উপায়ে এই বিষয় নিরাময় হইয়া যায়; চিকিৎসক

তন্মধ্যে যে কোন প্রণালী অবলম্বন করিতে পারেন। ১ মতঃ ষ্টাইল্ প্রবেশন, ২ মতঃ অশ্রুথলী সমূল বিনাশন, ৩ মতঃ অশ্রুগ্রন্থি নিষ্কাশন।

১। ষ্টাইল্ অব্যবহার্য্য বলিয়া পূর্ব্বেই উক্ত হইয়াছে। কিন্তু চিকিৎসক উহা ব্যবহার করিতে ইচ্ছুক হইলে, নিম্নে তাহার প্রণালী লিখিত হইতেছে*। যদি নালী এরূপ অবস্থায় থাকে যে, তন্মধ্য দিয়া প্রোব্ নাসাপ্রণালীতে প্রবিষ্ট হইতে পারে না, তবে তথায় প্রোব্ প্রবেশিত করিবার নিমিত্ত উহাকে কিঞ্চিৎ চিরিয়া দিতে হয়। এক্ষণে, সচরাচর যেরূপ ল্যাক্রিম্যাল্ প্রোব্ ব্যবহৃত হইয়া থাকে, তদ্রূপ একটী প্রোব্ লইয়া প্রণালী মধ্য দিয়া নাসারন্ধ্রে প্রবিষ্ট করিতে হয়, এবং তৎপরেই ষ্টাইল্ লইয়া তৎস্থানে প্রবিষ্ট করতঃ দুই তিন দিবস পর্য্যন্ত অবস্থিত রাখা উচিত। অতঃপর উহাকে বহিষ্কৃত ও ধৌত করিয়া পুনঃ প্রবিষ্ট করিতে হয়। এইরূপে সময়ক্রমে উক্ত প্রণালী প্রশস্ত হয়; এবং ইতিমধ্যে ষ্টাইলের পার্শ্ব দিয়া তৎসঙ্গে২ অশ্রু নাসিকা মধ্যে প্রবাহমান হইতে থাকে।

সে যাহাহউক, এইরূপে রোগোপশম করাও অত্যন্ত বিরক্তিকর; এবং ষ্টাইল্ ব্যবহার স্থগিত হইলে, উক্ত প্রণালী পুনরবরুদ্ধ হইতেও পারে। অপিচ এই রোগের পুনরাবির্ভাবের কথা দূরে থাকুক, উহা পরিধেয় স্থানকে এত উত্তেজিত করে যে, উহা পরিধান করাও রোগীর অত্যন্ত কষ্টকর হইয়া উঠে। অধিকন্তু এই ষ্টাইল্ আবার মধ্যে২ ন্যস্ত স্থান হইতে স্খলিত হইয়া পড়ে, এবং রোগী উহাকে স্বয়ং তৎস্থানে পুনঃ স্থাপিত করিতে পারে না; সুতরাং এই উপায় তাদৃশ উপকারজনক নহে, বরং এতদপেক্ষা পরবর্ণিত প্রক্রিয়াদ্বয় অনেকাংশে উত্তম।

২। টুরিন্ নগরীয় ম্যান্ফ্রিডি সাহেব † এই রূপ নালী হইলে, অশ্রুথলিকে সমূল কর্ত্তন করিতে উপদেশ প্রদান করিয়া থাকেন।

অশ্রুথলিকে সম্পূর্ণ অনাবৃতরূপে চিরিয়া দেওয়া আবশ্যক; এবং প্রয়োজন বোধ হইলে, থলির ঊর্দ্ধ সীমা অনাবৃত করিবার নিমিত্ত অর্বিকিউলেরিজের টেণ্ডন্ বিখণ্ডিত করিতে হয়। তৎপরে ম্যান্ফ্রিডি সাহেব এই ক্ষত

* "Maladies des yeux," par L. A. Desmarres, tom. i. p. 369.

† *Ophthalmic Review*, vol. ii. p. 418.

স্থানের মধ্যে একটী স্পেকিউলম্ প্রবেশিত করিতে বলেন; এবং সবক্ষে থলি মধ্য হইতে সমুদয় রক্ত ও ক্লেদ পরিষ্কৃত করিয়া ফেলিতে হয়। তৎপরে উক্ত স্থানে ক্লোরাইড্ অব্ য্যানটিমনী লেপিত করা বিধেয়। এক্ষণে একখণ্ড শুষ্ক লিণ্ট্ এই গহ্বর মধ্যে সন্নিবেশিত করিয়া, তদুপরি পোল্টিস্ সংলগ্ন করিতে হয়। এইরূপ করিবার তাৎপর্য্য এই যে, ইহাতে থলি বিনষ্ট ও বিচ্যুত হইয়া যায়; এবং তাহা না হইলে, এই রোগ, নির্দ্দোষে ও চিরকালের নিমিত্ত নিরাময় হয় না। অশ্রুথলি এই রূপে বিগলিত হইলেও কখনং একটী খাত অশ্রুপ্রণালীকে নাসাপ্রণালীর সহিত সংযুক্ত করিয়া রাখে।

ম্যানচেষ্টার নগরীয় মিষ্টার উইণ্ডসোর সাহেবের মতে অশ্রুথলিকে উল্লিখিত রূপে অনাবৃত করতঃ, তন্মধ্যে একখণ্ড শুষ্ক লিণ্ট্ দুই দিবস পর্য্যন্ত সন্নিবিষ্ট রাখা অপেক্ষাকৃত শ্রেয়ঃ উপায়। তৎপরে উহাকে অপনীত ও থলির প্রাচীরচয়কে উত্তমরূপে পরিষ্কৃত করিয়া তদ্গর্ভ মধ্যে ক্লোরাইড্ অব্ জিন্ক পেষ্ট্ সমার্দ্র লিণ্ট্ অনবরতঃ দুই দিবস কাল পর্য্যন্ত অবস্থিত রাখিতে হয়। পরিশেষে লিণ্টকে বহিষ্কৃত করিয়া, তথায় আর্দ্রবস্ত্র সংলগ্ন করাই সদ্ব্যবস্থা। কিছু দিনের মধ্যেই থলি বিগলিত হইয়া যায়, এবং ক্ষতসত্বর পূর্ণ হইয়া আরোগ্য লাভ করে।

৩। পরিশেষে, অশ্রুথলির নালী উপশমার্থে অশ্রুগ্রন্থি নিষ্কাশিত করিয়া, মিষ্টার জে. জেড্ লরেন্স্ সাহেব সম্পূর্ণ কৃতকার্য্য হইয়াছেন।*(১০৫পৃষ্ঠা দেখ)

অশ্রুথলির পুরাতন প্রদাহ (Chronic Inflamation of the Lachrymal sac)।——অশ্রুথলির পুরাতন প্রদাহ সচরাচর ঘটিয়া থাকে। সচরাচর অন্তরাবরক ঝিল্লীতে (Lining membrane) নাতি প্রবল প্রদাহ উপস্থিত হইয়া উহা আবির্ভূত হয়। কিন্তু তজ্জনিত উত্তেজনা ক্যানালিকিউলস্ এবং নাসাপ্রণালী পর্য্যন্ত বিসর্পিত হইয়া, তাহাদিগকে স্ফীত ও অবরুদ্ধ করে, এবং শ্লেষ্মা পূর্ণ হইয়া থলি কিয়ৎপরিমাণে আয়তপরিসর হইয়া পড়ে; এই সকল অবস্থায় থলির উপর পীড়ন করিলে, সচরাচর পংটা হইতে এক প্রকার শ্বেতবর্ণ ও অণ্ডলালাবৎ তরলপদার্থ নিঃসৃত হয়। অশ্রু স্বাভাবিক প্রণালী দিয়া প্রবাহিত হইতে

* *Ophthalmic Review*, vol. iii. p. 138.

পারে না; উহা চক্ষুর নাসাপাঙ্গ দেশে সঞ্চিত হইয়া, গণ্ডদেশ দিয়া প্রবাহিত হওতঃ রোগীকে সর্ব্বদা সম্পূর্ণ বিরক্ত করে। থলির প্রদেশে কোন প্রকার যন্ত্রনা অনুভূত হয় না, তবে উক্ত স্থান মধ্যেং কণ্ডুয়িত হইয়া, কিঞ্চিৎ ক্লেশ প্রদান করিয়া থাকে।

এইরূপ পুরাতন প্রদাহ বৃদ্ধি বা হ্রাস না হইয়া, কতিপয় মাস পর্য্যন্ত সমভাবে স্থায়ী থাকিতে পারে। কিন্তু কোন সময়ে ইহাতে আবার প্রবল প্রদাহ সমুপস্থিত হইয়া একটী স্ফোটক কিম্বা নালী উৎপাদিত হয়। অতএব যত শীঘ্র পীড়া উপশমিত হইয়া যায়, তদ্বিষয়ে যত্নবান হওয়া অতীব প্রয়োজনীয়।

চিকিৎসা।——যত শীঘ্র পারা যায় পংটম্ এবং ক্যানালিকিউলস্ চিরিয়া দিয়া, থলিকে উন্মুক্ত করা এবং নেজাল্ ডক্ট্ মধ্যে ছুরিকা চালিত করা পরামর্শ সিদ্ধ। পরে যত দিন পর্য্যন্ত এই ক্ষত শুষ্ক হইয়া না যায়, ততদিন পর্য্যন্ত থলিকে চিরোন্মুক্ত রাখিবার নিমিত্ত, উক্ত বিভাজিত স্থানের প্রান্তদ্বয় পরস্পর অন্তরিত রাখা উচিত। এবং নাসারন্ধ্রের সহিত সংযোগ রাখিবার জন্য প্রোব্ প্রবেশ করানও আবশ্যক হয়। তৎপরে থলিকে অশ্রুশূন্য করিবার নিমিত্ত প্রত্যহ তিন কিম্বা চারিবার করিয়া, রোগী স্বীয় অঙ্গুলি দ্বারা নাসাপাঙ্গ দেশে পীড়ন করিবেন। এইরূপ হইলে, থলি ক্রমশঃ সঙ্কুচিত হইয়া আইসে; এবং শ্লৈষ্মিকঝিল্লীতে স্বাস্থ্যপ্রদ কার্য্যাদি আবির্ভূত হইয়া পীড়া উপশমিত হয়। অঙ্গুলি দ্বারা পীড়ন করিবার পরে, যদি দুই গ্রেণ্ য়্যালম্ ও দুই গ্রেণ্ সল্‌ফেট্ অব্ জিংক্ এক আউন্স্ জলে মিশ্রিত করিয়া, উক্ত থলিতে পিচ্‌কারী দেওয়া যায়, তবে পীড়া আরো শীঘ্র আরোগ্য হইতে পারে। এই কার্য্যে এনেল্ সাহেবের পিচ্‌কারী (Anel's syringe) ব্যবহার করা উচিত। প্রাদাহিক সমুদয় লক্ষণ অপনীত হইলেও অধিক দিন পর্য্যন্ত এইরূপ ঔষধ ব্যবহার করা সর্ব্বতোভাবে উচিত।

মিউকোসিল্ (Mucocele)।——এই রোগে অশ্রুথলিতে উহার স্বাভাবিক স্রাবিত শ্লেষ্মা সঞ্চিত হয়, নাসাপ্রণালী প্রায় সর্ব্বদা রুদ্ধ থাকে, এবং অনেকানেক স্থলে ক্যানালিকিউলা বা অশ্রুপ্রণালীসমূহ অল্প বা অধিক পরিমাণে অবরুদ্ধ থাকে। ইহাতে চক্ষু অশ্রুপূর্ণ হইয়া পড়ে, এবং থলি আয়তনযুক্ত হওয়ায়, নাসাপাঙ্গ দেশে একটী ক্ষুদ্র টিউমার উদিত হইয়া থাকে। শিম্বীবীজ

হইতে কপোতডিম্বের ন্যায়, এই টিউমারের আকার নানাবিধ হইয়া থাকে। রোগী উক্ত অংশে প্রায়ই যাতনাভোগ করে না, এবং থলির চর্ম্মও প্রদাহিত হয় না। রোগের প্রথমাবস্থায় থলিমধ্যে গতি অনুভূত হইতে পারে; কিন্তু থলি যতই পূর্ণ ও আয়ামযুক্ত হইতে থাকে, ততই কঠিনতর বলিয়া অনুভূত হয়। এই সময়ে উহাকে সৌত্রিক উৎপত্তি (Fibrous growth) বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। ক্যানালিকিউলস্ এবং নাসাপ্রণালী অল্প বা অধিক পরিমাণে রুদ্ধ থাকায়, পংটা দিয়া মিউকোসিলের অন্তর্ব্বর্ত্তী সমুদয় অণ্ডলালবৎ পদার্থ নিঃসৃত করিবার নিমিত্ত, মিউকোসিলের উপর বিলক্ষণ পীড়ন করিতে হয়।

চিকিৎসা।——ক্যানালিকিউলসের অভ্যন্তর দিয়া থলিকে উত্তম রূপে উন্মুক্ত করতঃ, পূর্ব্ব বর্ণিত মতে নাসাপ্রণালীর অন্তর্ব্বর্ত্তী অবরোধকে প্রসারিত করিতে হয়। আর ইহাও স্মরণ রাখা উচিত যে, মিউকোসিল্ হইলে অনেকানেক স্থলে থলির ঊর্দ্ধ ও অধঃ উভয় মুখই রুদ্ধ হইয়া আসে; সুতরাং এই সকল অবরোধ অপনীত হইলে, আমরা নাসা মধ্যে অশ্রু গমনাগমনের প্রণালী পুনঃস্থাপিত করিবার ও পীড়া সম্পূর্ণ উপশমিত হইবার প্রত্যাশা করিতে পারি।

থলির পলিপাই এবং কনক্রিসনস্ (Polypi and Concretions in the Sac)।—থলীর অন্তরাবরক ঝিল্লী হইতে একটী পলিপস্ উৎপন্ন হইতে পারে, এরূপও জানা গিয়াছে। চূর্ণ কঙ্কর সংহতিও (Calcareous concretions) তথায় সমুদ্ভূত হইয়া নাসিকাতে অশ্রু গমনের বাধা প্রদান করিতে পারে। যাহাহউক এই অবস্থানে পলিপস্ আবির্ভূত হওয়া অতি বিরল। উহার লক্ষণ সকল মিউকোসিলের লক্ষণ সকলের ন্যায়; স্পর্শ করিলে উহা অপেক্ষাকৃত অল্প স্থিতিস্থাপক বোধ হয়, সুতরাং পূয়ের গতি অনুভূত হয় না। এই বিষয়ে কোন রূপ সন্দেহ উপস্থিত হইলে, উক্ত অর্ব্বুদ মধ্যে একটী নিড্ল্ বিদ্ধ করিলে, উহার প্রকৃতি নিশ্চিত রূপে অবগত হওয়া যাইতে পারে।

এই অবরোধ চূর্ণ-কঙ্কর-পদার্থ-জনিত হইলে, থলি মধ্যে একটী ধাতু বিশিষ্ট প্রোব্ প্রবেশিত করিয়া তাহার প্রকৃতি অনায়াসেই নির্ণয় করা যাইতে

পারে। উক্ত স্থানে অথবা ক্যানালিকিউলস্ মধ্যে সঞ্চিত চূর্ণ কঙ্কর পদার্থ প্রোব্ স্পর্শে অন্য কোন রুগ্নাবস্থা বলিয়া কখনই ভ্রম হইতে পারে না।

এইরূপ স্থলে থলি এবং ক্যানালিকিউলস্ বিভাজিত করিয়া, তন্মধ্য হইতে চূর্ণ কঙ্কর পদার্থ অপনয়ন করা উচিত। পলিপস্ চিকিৎসা করিতে হইলেও এইরূপ প্রক্রিয়া করিতে হয়। কিন্তু ঈদৃশ স্থলে থলির আবরক ঝিল্লীকে দ্বিখণ্ডিত করিয়া, যত্নপূর্ব্বক তন্মধ্য হইতে উক্ত পলিপস্‌কে বৃন্ত সহিত নিষ্কাশিত করা আবশ্যক। তাহা না করিলে, উহা নিশ্চয়ই পুনরাবির্ভূত হইয়া থাকে।

নাসাপ্রণালীর অবরোধ (Obstruction of the Nasal Duct)। নাসপ্রণালী কখন২ আংশিক বা সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ হইয়া থাকে। সচরাচর অন্তরাবরক ঝিল্লীর পুরাতন প্রদাহ ও স্থূলতা প্রযুক্তই এই অবরোধ ঘটিয়া থাকে। কিন্তু পেরিয়ষ্টাইটিস্ রোগ হইলে অথবা যে সকল অস্থিদ্বারা অশ্রুপ্রণালীর প্রাচীর নির্ম্মিত, তাহাতে রোগ হইলেও উহা ঘটিতে পারে।

লক্ষণ।——প্রণালীর অবরোধে সেই পার্শ্বস্থ নাসারন্ধ্রের নীরসতা, অশ্রুথলির অবস্থান স্থলে যন্ত্রনা বিহীন স্থিতিস্থাপক স্বল্প স্ফীতি, এবং চক্ষু হইতে নিরন্তর অশ্রুবিগলনই এই রোগের লক্ষণ। থলি যে প্রদেশ ব্যাপ্ত হইয়া অবস্থান করে, তদুপরি পীড়ন করিলে, উক্ত অবরোধ নাসাপ্রণালী কিম্বা পংটা ও থলি এতদুভয়ের মধ্যস্থলে ঘটিয়াছে তাহা নির্ণয় করিতে পারা যায়। যদি পংটা ও থলির মধ্যবর্ত্তী স্থল অবরুদ্ধ হয়, তবে পংটা হইতে কোন শ্লৈষ্মিক-ক্লেদ-পদার্থ অর্থাৎ মিউকো-পিউরিউ-লেন্ট্ ফ্লুইড্ উদ্গীর্ণ হয় না। কিন্তু নাসাপ্রণালী অবরুদ্ধ হইলে, উল্লিখিত সমুদয় লক্ষণ সত্বেও থলি মধ্যে অশ্রু প্রবেশ করিতে থাকে; এবং তদুপরি পীড়ন করিলে, পংটা হইতে এক বিন্দু জল বহির্গত হইয়া পড়ে। আংশিক ষ্ট্রিকচর্ বা সঙ্কোচন স্থলে, উক্ত অশ্রুর কিয়দংশ নাসিকা মধ্যে প্রবেশ করিতে পারে।

চিকিৎসা।——নাসাপ্রণালীর ষ্ট্রিকচরের বা সঙ্কোচনের চিকিৎসা ইতিপূর্ব্বে বর্ণিত হইয়াছে। এই চিকিৎসায় ক্যানালিকিউলস্‌কে বিভাজিত করিয়া, অশ্রুথলি ও অবরুদ্ধ প্রণালীর মধ্য দিয়া নানাবিধ আকারের প্রোব্ প্রবেশিত করত, ক্রমশঃ উক্ত প্রণালীকে প্রসারিত করিতে হয়। প্রতি

সপ্তাহে এক বা দুইবার প্রোব্ প্রবেশিত করা উচিত; এবং প্রণালী প্রসারিত হইতে যে কাল ব্যয় হয়, তাহাতে রোগী ও চিকিৎসক উভয়েরই ধৈর্য্য অবলম্বন করা উচিত।

অস্থি হইতে অবরোধ ঘটিলে, প্রোব্ প্রবেশনে রোগাপশমিত হয় না। মিউকস্ মেম্ব্রেণের স্থূলতা হইতে যত সংখ্যক অবরোধ ঘটে তাহার সহিত তুলনা করিলে ইহার সংখ্যা অতি বিরল। এস্থলে অশ্রুথলি বিনাশিত করা, এবং কোন২ স্থলে অশ্রুগ্রন্থিকে নিষ্কাশিত করা আবশ্যক হইয়া থাকে। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা এ প্রকার রোগের জন্য এরূপ শস্ত্রক্রিয়া কখন করেন নাই।

নাসাপাঙ্গ প্রদাহ (Inflammation of the Internal Angle of the eye)।——এই স্থানে স্ফোটক উৎপন্ন হইলে, উহা অশ্রুথলিকেও পীড়িত করিয়াছে বলিয়া ভ্রম হইতে পারে পারে *। কারণ আমরা দেখিতে পাই যে, এই অবস্থানে স্ফোটক উৎপন্ন ও বিদীর্ণ হয়, অথচ অশ্রুযন্ত্রকে পীড়িত করে না। এইরূপ স্থল সকলে অশ্রুথলিতে পীড়ার কোন প্রকার পূর্ব্বলক্ষণ প্রকাশমান না হইয়া স্ফোটকের উদয় দেখিতে পাওয়া যায়। সহসা প্রদাহ উপস্থিত হয়, এবং তৎসঙ্গে২ সচবাচর বিশেষতঃ তৎসময়ে রোগী শারীরিক দুর্ব্বল থাকিলে ইরিসিপিলাস্ নামক প্রদাহ আবির্ভূত হইয়া থাকে। অক্ষিপুট সমধিক স্ফীত হইয়া উঠে; এবং অশ্রুথলির উপরিস্থিত স্ফোটকের পীড়নে অশ্রু নিঃসরণাবস্থাও প্রকাশমান থাকিতে পারে। কতিপয় দিবস অতীত হইলে, পূয়োৎপত্তি হইয়া স্ফোটকের মুখ উদ্ভিত হয়; এবং তাহা হইতে কিঞ্চিৎ পূয় নির্গত হইয়া পড়িলে, অত্যল্প দিবসের মধ্যেই পীড়ার সমুদয় চিহ্নই অপনীত হইয়া যায়।

চিকিৎসা।——রোগের প্রথমাবস্থায় থলির উপরিস্থ চর্ম্মে উগ্র নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার সলিউশন্ চিত্রিত করিয়া দিতে হয়। তৎপরে, যদি পূয়োৎপত্তি হইয়া পড়ে তবে স্ফোটক বিদীর্ণ করিয়া যতদিন পর্য্যন্ত না পূয়োৎপত্তি স্থগিত হয়, ততদিন পর্য্যন্ত উহাতে পোল্‌টিস্ সংলগ্ন করা বিধেয়। ক্ষত শুষ্ক হইয়া অত্যল্প দিনের মধ্যেই উক্ত অংশ প্রকৃত অবস্থায় পরিণত হয়।

* Lawrence "on Diseases of the eye" p. 607.

অশ্রুর স্বল্পতা (Difficient Secretion of Tears):—পূর্ব্বে ১০২ পৃষ্ঠায়, অশ্রুগ্রন্থির যে যে ব্যাধি হয় তাহাদের নামোল্লেখ করা গিয়াছে, কিন্তু অশ্রুগ্রন্থি কখনং কোন প্রকার কারণ ব্যতীতও অশ্রু নিঃসরণে স্থগিত হয়, এরূপ সচরাচর দেখা গিয়া থাকে। কিছুকাল বিগত হইল, ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব এইরূপ একটী স্ত্রীলোককে চিকিৎসা করিয়াছিলেন। এই স্ত্রীলোকের চক্ষু হইতে কখন এক মুহূর্ত্তের নিমিত্তেও অশ্রু বিগলিত হয় নাই। অশ্রুগ্রন্থি হইতে অশ্রু নিঃসৃত না হওয়ায়, সে ক্রন্দন করিতে সম্পূর্ণ অপারগ ছিল। কিন্তু একম্বিধ কোনং স্থলে, যেরূপ চক্ষুর নীরসতা ও অন্যান্য অসুবিধা ঘটিতে দেখা গিয়া থাকে, এই রোগী তদ্রূপ কোন অসুবিধা কিঞ্চিন্মাত্র ভোগ করে নাই। এরূপ স্থলে অশ্রুগ্রন্থিকে পুনর্ব্বার স্বকার্য্যে রত করিতে পারা যায় না, কিন্তু প্রত্যহ তিন কিম্বা চারি বার করিয়া ক্ষীণবল সলিউশন্ অব্ পোটাস্ চক্ষুতে প্রদান করিলে, চক্ষুর নীরসতা জনিত লক্ষণ সকল অনায়াসেই অপনীত হইতে পারে। যেরূপ তেজের দ্রব্য আবশ্যক তাহা এক ঔন্স জলে দুই বা চারি ফোটা লাইকর্ পোটাসি মিশ্রিত করিলে প্রস্তুত হয়।

ইপিফোরা (Epiphora) অর্থাৎ সজলনেত্র।——চক্ষুতে অশ্রুর অভাব হইলে যেং অবস্থা অভ্যুদিত হয়, এবম্বিধ স্থলে তৎসমুদয়ের বিপরীত অবস্থা প্রকাশমান হয়। ইহাতে অশ্রু এত অপরিমিত রূপে নিঃসৃত হয় যে, তাহা পংটা দিয়া বহির্গত হইতে অবসর না পাইয়া, অপাঙ্গদেশে সঞ্চিত হয়; এবং পরিশেষে গণ্ডদেশ দিয়া দরদর ধারায় প্রবাহিত হইতে থাকে। অশ্রুপথ সকল কোনরূপ দূষিত হয় না; কেবল অশ্রুগ্রন্থিতে অপরিমিত অশ্রু উৎপত্তি হইয়া থাকে।

কর্ণিয়ার উপরিভাগে কোন বাহ্য পদার্থ পতিত হইলে, চক্ষু তৎসময়ে ক্ষণকালের নিমিত্ত সজল হইয়া থাকে। উদরে কৃমি অথবা দন্তোৎপত্তি জনিত শরীরের অন্যান্য স্থানের উত্তেজনায়ও চক্ষুর এবম্বিধ ক্ষণিক সজলতা দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে; সুতরাং সাধারণতঃ এই সকল উত্তেজক কারণেই মনোযোগ দেওয়া অত্যাবশ্যক; কারণ এই সকল কারণ তিরোহিত হইলে অশ্রুগ্রন্থি পুনর্ব্বার স্বাভাবিক অবস্থার ন্যায় কার্য্য করিতে থাকে। কিন্তু

কপোলদেশে ব্লিষ্টার সংলগ্ন করিলে, এবং অন্যান্য স্থানিক ঔষধ ব্যবহার করিলে, কোন প্রকার উপকার দর্শে না।

এই রোগ ক্ষণিক না হইয়া অপেক্ষাকৃত দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে, অশ্রু-গ্রন্থিকে নিষ্কাশিত করাই ন্যায় সঙ্গত। কারণ এক পক্ষে সজলতা কষ্টের বিষয়; অশ্রুগ্রন্থিকে নিষ্কাশিত করিলে, অন্য কোন প্রকার কষ্টোৎপত্তি হয় না, কেবল শস্ত্র নিমজ্জিত করিলে যেরূপ কষ্ট হইয়া থাকে তাহাই মাত্র। এই ক্ষত সপ্তাহ কিম্বা দশাহ মধ্যে আরোগ্য হইয়া যায় এবং মনোদ্বেগের (Emotional)কোন কারণ না ঘটিলে, রোগী এই গ্রন্থি বিনাশের বিষয় কিঞ্চিন্মাত্রও অনুধাবন করিতে পারে না। যাহা হউক অশ্রু সতত উৎপ্লাবিত হইয়া পতিত হওয়া অপেক্ষা, উহার অভাব হওয়া অনেকাংশে উত্তম। এইরূপ হইলে চক্ষুও একেবারে নীরস হইয়া যায় না। কারণ যদিও অশ্রুগ্রন্থি নিষ্কাশিত হয় বটে, কিন্তু কন্‌জংটাইভার নিম্নস্থ গ্রন্থি হইতে রস নিঃসৃত হইয়া শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীকে আর্দ্র রাখে, সুতরাং অশ্রুগ্রন্থি হইতে অশ্রু আগমনের আর প্রয়োজন হয় না।

ড্যাক্রিম্যাল্ সিষ্টস্ বা ড্যাক্রিয়প্‌স (Dacryops)।—এই সকল সিষ্ট ক্ষুদ্র২ অর্ব্বুদের ন্যায় অক্ষিপুটের ঊর্দ্ধ ও বহিঃপার্শ্বদিকে আবির্ভূত হইয়া পশ্চাদ্দিকে অক্ষিকোটরের ধারের নিম্নে অশ্রুগ্রন্থির অভিমুখে বিস্তৃত হয়। "যদি অক্ষিপুটকে ভ্রূদেশোপরি আকর্ষিত করা হয়, এবং অধঃ ও নাসিকার দিকে যুগপৎ পীড়ন করা যায়, তবে এক প্রকার আয়াম যুক্ত স্থিতিস্থাপক ও গতি বিশিষ্ট স্ফীতি অক্ষিগোলক ও অক্ষিপুটের অন্তর প্রদেশ মধ্যে অনুভূত হইয়া থাকে"*। অর্ব্বুদের আকার যতই বর্দ্ধিত হইতে থাকে, অক্ষিগোলকের চলতার ব্যাঘাত হয়; এবং এমত কি, পরিশেষে এক্সঅপ্থ্যাল্মস্ বা বহিঃক্ষেপণও ঘটিতে পারে। রোগী ক্রন্দন করিলে এই টিউমার্ সহসা স্ফীত হয়; ইহা এই রোগের বিশেষ লক্ষণ।

হল্‌ক সাহেব বলেন যে অক্ষিপুটে স্ফোটক উৎপন্ন হইলে, বা উহা আঘাত প্রাপ্ত হইলে, যদি অমনোযোগ করিয়া তাহা উপশমিত করা না যায়,

---

* Mr. J. W. Hulke on **Dacryops Fistulosus.** *Oph. Hosp. Reports,* vol. i. p. 285.

তবে প্রধানতঃ এক বা উভয় অশ্রুপ্রণালী অবরুদ্ধ হইয়া এই রোগের উৎপত্তি হয়। বহির্গত হইতে না পাওয়ায়, অশ্রু অবরুদ্ধ স্থানের পশ্চাতে সঞ্চিত হওতঃ প্রণালীকে প্রসারিত করিয়া রাখে।

চিকিৎসা।——অক্ষিপুটের অন্তর প্রদেশ হইতে সিষ্ট্ মধ্যে একটী পথ প্রস্তুত করিয়া দিতে পারিলে, তাহা দেওয়া সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। কারণ তাহা হইলে অশ্রু বিগলিত হইয়া অক্ষিগোলকের উপরিভাগে আসিতে পারে। যদি বাহ্যদেশ হইতে অক্ষিপুটচর্ম্মের ভিতর দিয়া পথ প্রস্তুত হয়, তবে তাহাতে একটী বিলক্ষণ কষ্টপ্রদ নালী চিরকালের নিমিত্ত সমুদিত হইতে পারে।

অশ্রুগ্রন্থির নালী (Fistulæ of the Lachrymal gland)।—অশ্রুগ্রন্থিতে স্ফোটক হইলে, বা উহা অপায় গ্রস্ত হইলে, পরিশেষে উহাতে একটী নালী উদিত হইতে পারে। অশ্রুগ্রন্থির অভিমুখে প্রধাবিত নালী এইরূপে উৎপন্ন হইয়া, উর্দ্ধাক্ষিপুট চর্ম্মে স্থায়ী থাকিতে পারে। উহা হইতে পুটচর্ম্মোপরি পরিষ্কৃত তরল পদার্থ সতত নিঃসৃত ও প্রবাহিত হইয়া আইসে; এবং তন্মধ্য দিয়া অশ্রুগ্রন্থির অভিমুখে একটী প্রোব্ প্রবেশিত হইতে পারে। এইরূপ স্থানে যতদূর নালী হইয়াছে, ততদূর পর্য্যন্ত একটী প্রোব্ প্রবিষ্ট করতঃ অক্ষিপুটকে উল্টাইয়া কন্জংটাইভার মধ্য দিয়া উক্ত প্রোব্ পর্য্যন্ত বিদারণ করিতে হয়। ইহাতে পুটীয় কন্জংটাইভায় অপর একটী নালী হইয়া, অশ্রু স্বকীয় নির্দ্দিষ্ট স্থানে অর্থাৎ চক্ষুতে প্রবাহিত হইয়া আসিতে পারে। তৎপরে অক্ষিপুটের বহির্দ্দেশস্থ নালী মুখদ্বারে য়্যাক্চুয়্যাল্ কটারি (Actual cautery) অর্থাৎ উত্তপ্ত লৌহ প্রয়োগ করিতে হয়। কারণ তাহা হইলে, উক্ত স্থানে যে প্রদাহ হইবে তাহাতে, কটারি দ্বারা কিয়দংশ স্থান বিচ্যুত হইয়া পড়িলে, বাহ্য নালী দ্বার মুদিত হইয়া যায়।

ষষ্ঠ অধ্যায়।

DISEASES OF THE SCLEROTIC.

স্ক্লেরটিকের রোগ সমূহ।

স্ক্লেরটিকের রক্তাধিক্য (HYPERÆMIA)।—— ইতিপূর্ব্বে, ৬৮ পৃষ্ঠায় চক্ষুর শারীরতত্ত্ব বর্ণন সময়ে বলা গিয়াছে যে, কন্‌জংটাইভা সুপারফিসাল্ বা উপবিস্থ ও গভীর দুইদল রক্তবহা-নাড়ী দ্বারা পরিপোষিত। সেই দুই দল নাড়ী কর্ণিয়ার পরিধিকে চক্রবৎ বেষ্টন করতঃ পরস্পর সংশ্লিষ্ট হইতেছে; এবং তথা হইতে আর কয়েকটী রক্তবহা নাড়ী নির্গত হইয়া, স্ক্লেরটিক্‌কে বিদ্ধ করতঃ আইরিস্ এবং কোরইডের রক্তবহা নাড়ী সমূহের সহিত সংমিলিত হইতেছে। এই শেষোক্ত সংশ্লিষ্ট রক্তবহা-নাড়ীদল স্ক্লেরটিক্ জোন অব্ ভেসেল্‌স বা আরথ্রিটিক্ রিং (Sclerotic zone of vessels or arthritic ring) নামে খ্যাত*। ইহা কনজংটাইভার নিম্নস্থ টিসু বা বিধানে অবস্থিত। যখন চক্ষুর আভ্যন্তরিক নির্ম্মাণ সকলে রক্ত সঞ্চালনের ব্যতিক্রম হয় তখন রক্তাধিক্য বশতঃ আরথ্রিটিক রিং সতত: দৃষ্টিগোচর হওয়ায়, চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ রক্তবহা নাড়ী সমূহের অবস্থা বিলক্ষণ রূপে উপলব্ধি করা যায়। ২য়, প্রতিকৃতি দ্রষ্টব্য। যাহা হউক, কর্ণিয়া আইরিস্ কিম্বা কোরইডের পীড়া ব্যতীত, আরক্তিম "স্ক্লেরটিক্ জোন্" অতি কদাচিৎ দৃষ্ট হইয়া থাকে। তন্নিমিত্ত যদি আমরা বিবেচনা করি যে, "আরথ্রিটিক্ রিং" স্ক্লেরটিকের রক্তাধিক্য বশতঃ অভ্যুদিত হয়, তবে আমাদিগকে ইহা অবশ্যই স্বীকার করিতে হইবেক যে, এই শেষোক্ত সাংপ্রাপ্তিক অবস্থা অর্থাৎ আরথ্রিটিক্ রিংয়ের অভ্যুদয় সমীপবর্ত্তী অপরাপর নির্ম্মাণের পরিবর্ত্তন সহযোগ ব্যতীত উৎপন্ন হইতে, চিকিৎসা কার্য্যে অতি কদাচিৎ দৃষ্ট হইয়া থাকে।

---

* কর্ণিয়া এবং রক্তবহা-নাড়ীচক্র এতদুভয়ের মধ্যবর্ত্তী স্থানে, কখনং যে শ্বেতবর্ণ ও সঙ্কীর্ণ অঙ্গুরীয়বৎ দৃষ্ট হইয়া থাকে, তাহাকে কোনং অংগ্রাজি-বেত্তা চিকিৎসক "আরথ্রিটিক্ রিং" শব্দে উল্লেখ করেন। পূর্ব্বে ইহা আরথ্রিটিক্ "Arthritic" কিম্বা বাত বা রুমেটিক্ (Rheumatic) প্রদাহের লক্ষণ বলিয়া বিবেচিত হইত। কিন্তু, তাহা নহে, উহার অভ্যুদয় দেখিয়াও কোন প্রকার রোগ নির্ণয় হইতে পারে না।

যাহাহউক উক্ত বিষয়টী অতীব প্রয়োজনীয়। ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেব স্বীয় অভিজ্ঞতানুসারে বলেন যে, স্কেরটিকের এই আরক্তিম নাড়ী-চক্রের লক্ষণ সকল বুঝিতে যেরূপ ভ্রম হয় ও উহাকে আমরা যেরূপ অবহেলা করিয়া থাকি, চক্ষুর অপর কোন পীড়ার লক্ষণ সকল তদ্রূপ নহে। স্কেরটাইটিস্ অর্থাৎ স্কেরটিক্ প্রদাহ, অথবা কেরাটাইটিস্ বা কর্ণিয়া প্রদাহ রোগাক্রান্ত বলিয়া অনেক রোগী আমার নিকট সতত প্রেরিত হয়, কিন্তু তাহাদের পীড়ার যথার্থ স্থান আইরিস্ অথবা কোর্‌ইড্।

এইরূপ দ্বিধাজনক সমুদায় পীড়ায়, চক্ষুতে য্যাট্রোপাইন্ প্রদান করিয়া, কনীনিকায় তাহার ক্রিয়াদি উপেক্ষা করা নিতান্ত অভিলষণীয়। কারণ, তাহা হইলে ইহা প্রায়ই দেখা যাইবে যে, আইরাইটিস্ (আইরিস্ প্রদাহ) হইতে উৎপন্ন সাইনেকিয়া (Synechia) অর্থাৎ কর্ণিয়া বা লেন্স-কোষের সহিত আইরিস্ সংযুক্ত হওয়ায়, কনীনিকা বিষমরূপে প্রসারিত হইয়াছে; সুতরাং এইরূপ হইলে, রোগনির্ণয়ের কাঠিন্য একেবারেই অপনীত হইল। আর যদি এবম্বিধ অবস্থা চক্ষুর অপর কোন পীড়া হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে, তাহা হইলেও য্যাট্রোপাইন্ ব্যবহারে কোন প্রকার হানি হইতে পারে না। উহাতে আইরিস্ এবং কোরইডের যে২ অংশ রোগাক্রান্ত হইয়াছে, তাহাও জ্ঞাত হওয়া যায়। বিশেষতঃ এই য্যাট্রোপাইন অক্ষিরোগপরীক্ষায় অনভ্যস্ত চিকিৎসকদিগের যে কত প্রয়োজনীয় বলিয়া বোধ হয়, তাহা বলা যায় না।

এপিস্ক্লেরাইটিস্ (Episcleritis)।——এই রোগে আমরা কখন২ স্কেরটিকে সীমাবদ্ধ প্যারেন্‌কাইমেটস্ (Parenchymatous) ফর্‌মেশন্স বা নবোৎপন্ন পদার্থ দেখিতে পাই। এইরূপ আক্রান্ত হইলে, বিশেষতঃ যুবতী-দিগের মধ্যে রোগীর অক্ষিগোলকের নাসিকার দিকে বা তদ্বিপরীত দিকে ধূম্র-লোহিত বা লোহিত-পীত বর্ণের শিম্ব বীজ বা খোসা রহিত মটরের ন্যায় উন্নত স্থান দেখিতে পাওয়া যায়। স্কেরটিকের এই অল্পোন্নত স্থানের উপরি বা চতুষ্পার্শ্বস্থ কন্‌জংটাইভা সচরাচর অল্প পরিমাণে কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে। অক্ষিগোলক পরিচালনে কিঞ্চিৎ কষ্ট বোধ হয়; কিন্তু তদ্ব্যতিরেকে অন্য কোন যাতনা বা ক্লেশ অনুভব হয় না। যাহাহউক রুমেটিজম্ গ্রস্ত রোগীরা পীড়িত চক্ষে অসহনীয় যাতনা অনুভব করে যাহা মস্তক পার্শ্ব পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। ইহার সহিত আলোকাসহিষ্ণুতাও থাকে।

উক্ত উন্নত স্থান কঠিন হওয়ায়, ঠিক বোধ হয় যেন, স্ক্লেরটিক হইতে একটী ক্ষুদ্র স্থত্রময় অর্ব্বুদ উৎপন্ন হইতেছে। ইহাতে চক্ষুর অপরাপর অংশ সকল সম্পূর্ণ স্বাভাবিক সুস্থ অবস্থায় থাকিতেও পারে; কিন্তু উক্ত পীড়িত স্থানে অনেক রক্তবহা নাড়ী দেখিতে পাওয়া যায়।

এইরূপ অনেক স্থল উপদংশ পীড়াজনিত বলিয়া অনুসন্ধান পাওয়া গিয়াছে। শরীরের অন্যান্য অঙ্গপ্রত্যঙ্গ সমুদ্ভূত এববিধ অর্ব্বুদের যদ্রূপ হইয়া থাকে, অত্যুৎপাদক ক্রিয়া জনিত (Hypergenetic process) স্ক্লেরটিক হইতে উৎপন্ন উক্ত ক্ষুদ্র পিচ্ছিলার্ব্বুদের (Gummy tumour) গতিও ঠিক তদ্রূপ। এমত অবস্থায় ইহা লুপ্ত হইয়া গেলেও পুনরাবির্ভূত হইতে পারে।

এই রোগ ক্রমশঃ ধীরে২ বর্দ্ধিত হয় এবং কখন২ অনেক মাস পর্য্যন্তও স্থায়ী হইতে পারে। কিন্তু অবিবেচনা পূর্ব্বক কষ্টিকাদি ব্যবহার না করিলে উহা স্বভাবতঃ আরোগ্য মুখেই ধাবিত হইয়া, পরিশেষে অদৃশ্য হইয়া যায়।

চিকিৎসা।——প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা সমাবদ্ধ করিয়া চক্ষুকে বিশ্রাম প্রদান করা উচিত। সাধারণত আইওডাইড্ বা ব্রোমাইড্ অব্ পট্যাসিয়ম্, বাইক্লোরাইড্ অব্ মার্করির সহিত একত্র করিয়া সেবন করিলে, এবং তৎসঙ্গে২ সৎপথ্যাহারী হইলে, এই সকল প্যারেন্কাইমেটস্ উৎপত্তি লুপ্ত হইয়া যায়। পীড়িত স্থানে কোন প্রকার ঔষধ ব্যবহারের প্রয়োজন হয় না। কিন্তু মিষ্টার্ সোয়েল বার্গ বিবেচনা করেন যে ১ গ্রেণ ক্লোরাইড্ অব্ জিংক্ এক ঔন্স জলে লোশন্ প্রস্তুত করিয়া পরে ক্রমে ১ বৃদ্ধি করিয়া, ২ গ্রেণ এক ঔন্স জলে লোশন্ প্রস্তুত করিয়া ব্যবহার করা উপকার জনক। ডাক্তার ম্যাক্নামারা বিবেচনা করেন যে দুই গ্রেণ য়্যাট্রপিন্ এক ঔন্স জলের সহিত মিশ্রিত লোশন্, প্রত্যহ একবার বা দুইবার করিয়া চক্ষুতে ফোঁটা২ প্রদান করিলে নিঃসন্দেহই অনেক সুবিধা ও উপকার হইতে পারে বিশেষতঃ চক্ষুতে ও মস্তক পার্শ্বে বেদনা থাকিলে ইহা বিশেষ উপকারক।

স্ক্লেরটিকের ক্ষত (Ulceration)।——মিষ্টার বোমান্ সাহেব এববিধ একটী অত্যদ্ভুত রোগ বর্ণনা করিয়াছেন। উহা "স্ক্লেরটিকের ক্ষুদ্র ছুরপনেয় ক্ষত"*। সম্প্রতি ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেবও এতদ্রূপ রোগাক্রান্ত একটি রোগীকে চিকিৎসা করিয়াছেন। রোগীর শারীরিক অবস্থা নিতান্ত

* Bowman, "Parts concerned in Operations on the Eye," Appendix, p. 109.

মন্দ, কর্ণিয়ার নিকটে পর্য্যাক্রমে দুই চক্ষুতেই ক্ষত হইয়াছে। দেখিয়া বোধ হইল যে, স্ক্লেরটিক্ হইতে অত্যল্প পরিমিত স্থান পাক দ্বারা উঠান হইয়াছে। দক্ষিণ চক্ষুতে উহা গভীর রূপে বিস্তৃত হওয়ায়, তদ্বারা স্ক্লেরটিক্ সম্পূর্ণ বিদ্ধপ্রায় দৃষ্ট হইল। এবম্বিধ দুরারোগ্য পীড়ায় রোগী চক্ষুতে যথেষ্ট যন্ত্রনা, আলোকাতিশয্য এবং অপরিমিত অশ্রু-বিগলন ভোগ করিয়াছিল।

স্ক্লের-কোরইডাইটিস্ য়্যান্টেরিয়র (Sclero-Choroiditis Anterior)।——শব্দে এই বুঝিতে হইবেক কে কোরইডের এবং স্ক্লেরটিক্ পর্দার (Tunic) কোন সীমাবদ্ধ স্থানে পীড়া হইয়াছে। এই পীড়া প্রদাহ জনিত হউক আর নাই হউক, অভ্যন্তরস্থ প্রতিচাপে(Intra ocular pressure) উক্ত পীড়িত স্থান পরস্পর সংলগ্ন, স্ফীত ও বিবর্ণ, এবং পরিশেষে উচ্চ হইয়া উঠে। যখন কর্ণিয়া এবং চক্ষুর ইকোয়েটর বা মধ্য রেখার মধ্যবর্ত্তী স্ক্লেরটিকের অংশ আক্রান্ত হয়, তখন ঐ পীড়াকে আংশিক (Partial) স্ক্লেরো-কোরইডাইটিস্ য়্যান্টেরিয়র কহে। আর যখন সমুদয় অক্ষিগোলকের পরিধি একেবারে আক্রান্ত হইয়া পড়ে, তখন উহাকে সম্পূর্ণ (Complete) স্ক্লেরো-কোরইডাইটিস্ য়্যান্টেরিয়র শব্দে অভিহিত করা যায়। অধিকাংশ স্থলে, কেবল সিলিয়ারি বডি এবং সিলিয়ারি প্রোসেসেই উক্ত পীড়া সীমাবদ্ধ থাকে। অপিচ স্ক্লেরটিক্ অতিশয় অপকৃষ্ট হইয়া পড়ে ; এবং তৎসময়ে অভ্যন্তর প্রতিচাপ বলবৎ হওয়ায়, অক্ষিগোলকের আয়াম বর্দ্ধিত হইয়া স্ক্লেরটিক্ শিথিল হওয়াতে চক্ষুর সম্মুখ প্রদেশ এত উচ্চ হইয়া থাকিতে পারে যে তদ্বারা সম্মুখ প্রদেশ বহির্গত হইয়া আইসে। এইরূপে চক্ষুর সম্মুখভাগ কোটর হইতে অল্প বা অধিক পরিমাণে বহিঃসৃত হইয়া, অক্ষিপুট নিমীলনে প্রতিবন্ধকতা প্রদান করিয়া থাকে। সমধিক প্রসারিত সিলিয়ারি রক্তবহা-নাড়ী সকল উক্ত বহিঃসৃত স্ক্লেরটিকের উপরিভাগে দৃষ্ট হয়। এই বহিঃসরণের নাম স্ক্লেরটিকের ষ্ট্যাফিলোমা (Staphyloma)।

নিম্ন লিখিত তিনটী কারণের কোন না কারণে স্ক্লেরো-কোরইডাইটিস্ য়্যান্টেরিয়র রোগ উৎপন্ন হয়। ১ মতঃ,—পীড়িত স্থানের রক্তবহা-নাড়ী সমূহ, সৌত্রিক টিসু এবং স্ক্লেরটিকের অপকৃষ্টতা ; ২ য়তঃ—সিলিয়ারি বডির প্রদাহ হইয়া উহার কিয়দংশ ধ্বংশ হইলে, এবম্বিধ স্থলে সমীপবর্ত্তী স্ক্লেরটিক সাক্ষাৎভাবে কেবল প্রদাহের ফল ভোগ করিতে থাকে এমত

নহে; কিন্তু সিলিয়ারি বডির পীড়া প্রযুক্ত উহার পরিপোষণের লাঘব হয় এবং উহা সেকণ্ডারিডিজেনারেসন্ বা গৌণাপকর্ষের ফলভোগ করিতে থাকে। মেদাপকর্ষ জন্মে ও আভ্যন্তরিক প্রতিচাপ বৃদ্ধি প্রায় ও ষ্ট্যাফিলোমার উৎপত্তি হয়। ৩য়তঃ—সিলিয়ারি বডি প্রদেশে কোন বিদারক আঘাত লাগিলে, তৎফলেও স্ক্লেরো-কোরইডাইটিস্ রোগ জন্মিতে পারে।

১। "যে সকল স্থল প্রথমোক্ত কারণে উৎপন্ন হয়, তথায় এমত কোন পরিদৃশ্যমান লক্ষণ অভ্যুদিত হয় না, যাহাতে পীড়ার আগমন অথবা গতি স্পষ্ট অবগত হওয়া যায়*। ক্রমশঃ নৈর্ম্মাণিক পরিবর্ত্তন ঘটিতে থাকে; এবং বোধ হয়, উক্ত স্থানের কোরইড্ সম্বন্ধীয় রক্তবহা নাড়ীগুলি পীড়িত হইয়াই এই পরিবর্ত্তন আরম্ভ হইতে থাকে, ও সেই সঙ্গে২ তদধীন টিসু সকলে প্রবলরূপে ফ্যাটি ডিজেনারেসন্ বা মেদাপকর্ষ জন্মিতে থাকে। বর্ণকোষ সকল ব্যতীত এই সমস্ত নির্ম্মাণ সংযোগচ্যুত ও অন্তর্হিত হইতে থাকে। কারণ বোধ হয়, বর্ণকোষ সকলের এমত কোন ক্ষমতা আছে, যাহাতে তথায় উক্ত পরিবর্ত্তন সংঘটিত হইতে পারে না; সুতরাং উহারা একাকী অসংশ্লিষ্টভাবে স্ক্লেরটিকে সংযুক্ত হইয়া রহে।

পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে যে, কেবল কোরইডের রক্তবহা নাড়ী সমূহ দ্বারাই স্ক্লেরটিক্ পুষ্টি প্রাপ্ত হইয়া থাকে, সুতরাং যখন ঐ সকল পরিবর্ত্তন সিলিয়ারি বডি প্রদেশে প্রাবল্য প্রাপ্ত হইতে থাকে, তখন তদংশাবরক স্ক্লেরটিক উপযুক্ত পুষ্টিদ পদার্থ প্রাপ্ত না হওয়ায়, স্বাভাবিক সুস্থাবস্থায় স্থায়ী থাকিতে পারে না।

২০ শ, প্রতিকৃতি।



ক্রমশঃ মেদাপকর্ষ জন্মিতে থাকে; এবং তদাংশিক স্ক্লেরটিক্ আর অধিক কাল অভ্যন্তর প্রতিচাপের প্রতিবাধক হইতে না পারিয়া ক্রমশঃ তাহার বশম্বদ হইয়া, বহির্বাভিমুখে স্ফীত হওতঃ সিলিয়ারি বডি প্রদেশে উন্নতাকার (২০শ, প্রতিকৃতি) হইয়া উঠে। অপকর্ষ পরিবর্ত্তনের সীমা অনুসারে এই উন্নত স্থানের আকারের তারতম্য হইয়া থাকে।

এইরূপে উৎপন্ন স্ক্লেরটিকের ষ্ট্যাফিলোমা দেখিতে গাঢ়-নীলাভ, ও প্রায়ই কৃষ্ণবর্ণ। কারণ সিলিয়ারি বডির বর্ণকোষ সকল উহার অভ্যন্তর

* "Maladies des Yeux," par M. Wecker, vol. i. p. 546.

প্রদেশে দৃঢ় সংলগ্ন থাকায়, তাহাদের বর্ণ পাতলা স্ক্লেরটিকের অভ্যন্তর দিয়া অনায়াসেই দেখিতে পাওয়া যায়। এইরূপ পীড়া সচরাচর মৃদু গতিতে বর্দ্ধিত হয়, এবং পরিশেষে রোগীর জীবিতাবস্থায় কোন সময়ে ইহা দুর্গত হইতেও পারে। কিন্তু সমীপবর্ত্তী নির্ম্মাণ উত্তেজিত ও তথায় রক্তাধিক্য হইলে, যে অংশ পূর্ব্বেই রোগ প্রবণ হইয়াছিল, তাহা অধিকতর মন্দাবস্থায় পরিবর্ত্তিত হয়; এবং অধিকাংশ সিলিয়ারি বডি ও তদাবরক স্ক্লেরটিক্ উক্ত অস্বাভাবিক ক্রিয়ায় আক্রান্ত হইতে পারে। এইরূপ স্থলে ভিট্রিয়স্ ও লেন্সের পরিপোষণেরও অনেক হানি হইয়া থাকে, ভিট্রিয়স্ তরল ও ফ্লকিউলেন্ট্ বা বুদ্‌বুদাকার (Flocculent) হয়, এবং লেন্স্ অল্প বা অধিক পরিম[illegible] স্বচ্ছ হইয়া সুস্পষ্ট দৃষ্টির অনেক ব্যাঘাত জন্মায়। এই রোগের অপেক্ষা[illegible] উত্তম অবস্থায় যাহা ডিজেনারেটিভ্ বা অপকর্ষক স্ক্লের-কোরইডাইটিস্ য্যান্টেরিয়র রোগ শব্দে নির্দ্দিষ্ট হইতে পারে, তাহাতে দৃষ্টির কোন গূঢ় হানি জন্মে না।

২। সিলিয়ারি বডিতে প্রদাহ হইয়া যে স্ক্লের-কোরইডাইটিস্ রোগ উৎপন্ন হয়, তাহাও পরিশেষে পূর্ব্বরূপ সংপ্রাপ্তিক পরিবর্ত্তনে পরিবর্ত্তিত হইয়া পড়ে; এবং পূর্ব্বোদাহৃত স্থলের ন্যায় ষ্ট্যাফিলোমায় পরিণত হয়। যাহাহউক রোগারম্ভাবস্থায় আইরিডো-কোরইডাইটিস্ রোগের প্রাথমিক লক্ষণ সকল উদিত হইয়া থাকে; চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ শোণিত [illegible]নের ব্যতিক্রম বশতঃ রক্তপূর্ণ স্ক্লেরটিক্ জোন্ প্রকাশ পায়; চক্ষুতে বেদনা থাকে, প্রদাহিত সিলিয়ারি বডির উপর পীড়ন করিলে এই বেদনার বৃদ্ধি, এবং আলোক অসহ্য বোধ হয়। ভিট্রিয়স্ অস্বচ্ছ হওয়ায় দৃষ্টি আবিল হয়; এবং অক্ষিগোলকের আয়াম বৃদ্ধি স্পষ্ট জানিতে পাওয়া যায়। এই সকল লক্ষণ সচরাচর নাতি প্রবল ভাবে আবির্ভূত হইতে থাকে, কিন্তু উক্ত অংশেই ইফিউসন্ বা প্রদাহ জনিত বসাদি স্রাব হওয়ায় কোরইড স্ক্লেরটিক্ হইতে বিশ্লিষ্ট হইতে পারে, অথবা প্রদাহ সময়ে কোরইডের [illegible] নাড়ী সকলে যে হানি হইয়াছিল, তদ্দ্বারা স্ক্লেরটিকে অপকর্ষক পরিবর্ত্তন সকল সচরাচর সত্বর প্রবল হইতে থাকে; এবং যে সকল স্থল প্রদাহ সম্ভূত নহে, তদ্বিষয়ে যেরূপ পূর্ব্বে উল্লিখিত হইয়াছে, তদ্রূপ স্ক্লেরটিক ক্রমশঃ অভ্যন্তর প্রতিচাপ-পাওয়ায়, তথায় ষ্ট্যাফিলোমা উৎপাদিত হয়। স্ক্লের-

টিকের এই উচ্চতা অত্যন্ত বৃহদাকার হইতে পারে; এমত কি শেষে উহা অক্ষিপুটদ্বয়ের অন্তরাল মধ্য দিয়া বহির্গত হওত: অক্ষিপুটের গতি অথবা চক্ষু মুদিত করণে সম্পূর্ণ বাধা প্রদান করিয়া থাকে। এবম্বিধ স্থলে রেটিনা সংশ্রবচ্যুত হইতে পারে; এবং চক্ষু সম্পূর্ণ বিনষ্ট হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা থাকে। অন্য পক্ষে, ষ্ট্যাফিলোমা বৃহদাকার না হইলে এবং যথেষ্ট পরিমাণে সুস্থ কোরইড্ অবশিষ্ট থাকিয়া ভিট্রিয়স্ এবং লেন্সকে পুষ্টি প্রদান করিলে, রোগী কিছুদিনেব নিমিত্ত উত্তমরূপ দেখিতে পায় বটে, কিন্তু এইরূপ অনেকানেক স্থলে কোন না কোন সময়ে রোগ গুরুতর হইয়া চক্ষু বিনষ্ট হইয়া যায়।

৩। কোন আঘাত লাগিয়া সিলিযারি প্রদেশের উপরিস্থ স্ক্লেরটিক্ ভিন্ন হইলে, ভিন্ন স্থান মধ্যদিয়া কিয়দংশ সিলিয়াবি বডি বহির্বৃদ্ধি (Hernia) হইয়া আসিতে পাবে; এবং সত্বর বোগের চিকিৎসা না কবিলে, অভ্যন্তব প্রতিচাপে ক্ষতের ধারে কেবল নিবাশ্রয়ভাবে থাকে এমন নহে, তন্মধ্য দিযা সিলিয়ারি প্রবর্দ্ধনের অধিকাংশ বহিঃসৃত হইয়া আইসে। কালক্রমে এই বহিঃসৃত অংশ সূত্রময় টিসু দ্বারা আবৃত হইয়া ষ্ট্যাফিলোমার উৎপত্তি কবে। আহত স্থানের অবস্থানুসারে এই ষ্ট্যাফিলোমার অন্তর্দ্দেশ সিলিয়ারি বডির অবশিষ্টাংশ অথবা কোরইডের দ্বাবা আবৃত হয়। অপিচ এই বহিঃসৃত স্থান উত্তেজিত ও টানযুক্ত হইয়া নাতিপ্রবল প্রদাহযুক্ত হয়; এবং পূর্ব্বে অন্যান্য স্থলে যেরূপ উক্ত হইয়াছে, তদ্রূপ ক্রমবর্দ্ধিত অপকর্ষক পরিবর্ত্তন সকল ক্রমশঃ আনয়ন করে। এইরূপে স্ক্লেবটিকের অধিকাংশ পীড়িত হইয়া বৃহৎ ষ্ট্যাফিলোমার উৎপত্তি হইয়া থাকে।

দুর্ভাগ্য ক্রমে এইরূপ স্থলে কেবল এক চক্ষুতেই অপকারাদি ঘটিতে থাকে এমত নহে; পীড়িত চক্ষু হইতে সুস্থ চক্ষুতেও উত্তেজনা সমানীত হয় এবং উত্তেজনার কারণ অপনীত না হইলে, পীড়িত ব্যক্তির দৃষ্টি একেবারেই বিলুপ্ত হইতে পারে।

যে কোন কারণে স্ক্লেরটিকের ষ্ট্যাফিলোমা উৎপন্ন হউক না কেন, ইহা দেখা যাইতেছে যে, বহিঃসৃত অংশ বৃহদায়তন অর্থাৎ চক্ষুর সমুদয় অথবা অধিকাংশ পরিধিব্যাপক হইলে, অক্ষিগোলকাভ্যন্তরে দূরব্যাপী পরিবর্ত্তন

সকল ঘটিয়া থাকে ; এবং এই নিমিত্তই আমরা এবম্বিধ স্থলে আইরিসের বর্ণব্যত্যয়, লেন্সের আবিলতা ও কিয়ৎ বা অধিক দূরে স্থানচ্যুতি, ভিট্রিয়স্ জলবৎ তরল এবং য়্যান্টেরিয়র চেম্বারের গভীরতার বৃদ্ধি প্রত্যক্ষ করিয়া থাকি। বাস্তবিকই এবম্বিধ পীড়িত হইয়া চক্ষুর নির্ম্মাণ একেবারেই বিচ্ছিন্ন হইয়া যায়।

চিকিৎসা।——ডিজেনারেটিভ্ বা অপকর্ষক স্ক্লের-কোরইডাইটিস্ য়্যান্টেরিয়র রোগে প্রকৃত রোগ নিরাময় করিতে পারা যায় না, কারণ উহা স্ক্রফুলা অথবা লিম্ফ্যাটিক্ ধাতুর উপরই সম্পূর্ণ নির্ভর করে। যাহাহউক অতিরিক্ত দৃষ্টি সংযোগে বিরত থাকিলে, সূর্য্যের কিরণ এবং বাহ্য অপায় হইতে চক্ষুকে কোন আবরণ দ্বারা রক্ষা করিলে, এবং বাস্তবিক পীড়িত চক্ষুতে সম্ভব মত যত্ন লইতে রোগীকে উপদেশ দিলে, চক্ষুকে এতদধিক হানি হইতে রক্ষা করা যাইতে পারে। নৈর্ম্মাণিক পরিবর্ত্তন সকলও এইরূপে, বিশেষতঃ তৎসময়ে রোগীর অবস্থার পরিবর্ত্তন এবং উপযুক্ত আহারাচার দ্বারা রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্য ও পুষ্টি বৃদ্ধি হইলে, তিরোহিত হইতে পারে।

এই রোগ প্রদাহ জনিত হইলে, যাহাতে প্রদাহের আদি কারণ অন্তর্হিত হয়, তদ্বিষয়ক চিকিৎসা অবলম্বন করা উচিত। এই অভিপ্রায় সাধনের নিমিত্ত অন্যান্য উপায়ের মধ্যে সম্ভবত আমরা প্যারাসেন্টেসিস্ অথবা আইরেডেকটমি উপায় অবলম্বন করি। এই বিষয়ের অন্যান্য বিবরণ জানিতে হইলে, যে অধ্যায়ে আইরিডো-কোরইডাইটিস্ রোগ বর্ণিত হইয়াছে তাহা অধ্যয়ন করা বিধেয়। চক্ষুতে ষ্ট্যাফিলোমা হইলে, যাহাতে প্রদাহ ক্রিয়া পুনঃ২ আবির্ভূত না হয় এবং ষ্ট্যাফিলোমা আর অধিক বর্দ্ধিত হইতে না পারে, তদ্বিষয়ে রোগী চিকিৎসক উভয়েই বিশেষ যত্ন করিতে হয়। যদি এবম্বিধ স্থলে ষ্ট্যাফিলোমা অত্যন্ত বৃহদাকার হইয়া পড়ে এবং সেই চক্ষুর দৃষ্টিশক্তি বিনষ্ট হয়, তবে অন্ততঃ পীড়িত অক্ষিগোলকের সম্মুখস্থ অংশ য়্যাব্সিসন্ বা নিষ্কাশিত (Abscission) করা যে বৈধ, তদ্বিষয়ে আর কোন দ্বিধা উপস্থিত হইতে পারে না। কিন্তু উহা সাধিত না হইলে, পীড়িত চক্ষুর উত্তেজনা স্নায়ু সংযোগ বশতঃ সুস্থ চক্ষুকেও উত্তেজিত করিতে পারে।

অন্যপক্ষে, চক্ষুর সম্মুখভাগ নিষ্কাশিত করিয়া লইলে, রোগীকে যন্ত্রনা এবং অসুবিধা ভোগ করিতে হয় না।

তৃতীয় শ্রেণীস্থ রোগে, যদি স্কেরটিক্ স্বল্প দিন আঘাত প্রাপ্ত হইয়া থাকে, এবং সেই আহত স্থানের মধ্য দিয়া যদি সিলিয়ারি বডির কিয়দংশ বহির্গত হয়, তবে রোগীকে ক্লোরোফর্মের অধীনে আনা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়; এবং উইস্ সাহেবের ষ্টপ্-স্পেকিউলম্ নিয়োজিত করতঃ কোরইডের বহির্গত অংশ ছেদন করিয়া, স্কেরটিকের ছিন্ন প্রান্ত একত্রিত করতঃ ঠিক্ মুখের সুচার্ দ্বারা অবরুদ্ধ করিতে হয়। অতঃপর অক্ষিপুট মুদ্রিত করিয়া প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ্ দ্বারা চক্ষুকে বিশ্রান্তভাবে রাখা উচিত। এইরূপ করিলে, ষ্ট্যাফিলোমা এবং তদানুসঙ্গিক স্কেরো-কোরইডাইটিস্ উৎপন্ন না হইবার অনেক সম্ভাবনা থাকে।

রোগী যখন আমাদের নিকট প্রথমে আনীত হয়, তখন পীড়া দীর্ঘকালস্থায়ী বলিয়া জানা গেলে, এবং ষ্ট্যাফিলোমা বৃহদায়তন না হইলে, ও রোগীর দৃষ্টিশক্তি কিঞ্চিদবশিষ্ট থাকিলে, শস্ত্রোপচারে হস্তক্ষেপ না করাই বৈধ। কিন্তু দৃষ্টিশক্তি সম্পূর্ণ বিনষ্ট এবং ষ্ট্যাফিলোমা বৃহদায়তন বলিয়া প্রতীত হইলে, যত শীঘ্র অক্ষিগোলকের বহির্গতাংশ ছেদ করিয়া লওয়া যায় ততই উত্তম।

এবম্বিধ স্থলে আর একটা বিষয়ও বিবেচনা করিয়া আমাদিগকে চিকিৎসা করিতে হয়। এই গ্রন্থের কোন স্থানে উল্লিখিত হইয়াছে যে, সিম্প্যাথেটিক্ বা সমবেদনা-সম্ভূত আইরিডো-কোরইডাইটিস্ রোগ অত্যন্ত ছদ্মবেশী ও বিপদজনক রোগ; স্কেরটিকের আঘাত জনিত স্কেরো-কোরইডাইটিস্ রোগে আমাদিগকে সতত এই ঘটনার আশঙ্কা করিতে হয়। এই নিমিত্ত ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেব বলেন যে, পীড়িত চক্ষুর আংশিক দৃষ্টিশক্তি থাকিলে, এবং সুস্থ চক্ষুর দৃষ্টি ক্রমশঃ হ্রাস হইয়া যাইতে আরম্ভ হইলে, অথবা কর্ণিয়া বা চক্ষুর গভীরতর নির্ম্মাণ সকলে উত্তেজনার লক্ষণ সকল আবির্ভূত হইলে, পীড়িত চক্ষুর আংশিক ছেদন অথবা সমুদয় অংশ নিষ্কাশিত করিতে কালক্ষেপ করা কদাচ বৈধ হয় না। কালক্ষেপ করিলে, উভয় চক্ষুরই দৃষ্টি-শক্তি একেবারে বিনষ্ট হইবার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা থাকে। অন্যপক্ষে যথা সময়ে পীড়িত চক্ষু নিষ্কাশিত করিলে, এই বিপদাবহ রোগ সুস্থ চক্ষুতে এতদধিক হানি

জন্মাইতে পারে না। সুস্থ চক্ষু পীড়িত হইলে, তজ্জাত ফল-পরম্পরা আরোগ্য করিতে আমরা কোন ক্রমেই সমর্থ হই না।

স্ক্লেরটিকের আঘাত (Wound)।——অক্ষিকোটরের অস্থিময় প্রাচীর দ্বারা বিলক্ষণ বেষ্টিত থাকায়, স্ক্লেরটিক্ সচরাচর আঘাত দ্বারা বিদারিত হয় না। আঘাত লাগিলেও কোরইডের বৃদ্ধি (Hernia) অর্থাৎ যদ্রূপ সিলিয়ারি বডিতে আঘাত লাগিলে আহত স্থানের মধ্য দিয়া কোরইড বহির্গত হইয়া আইসে, কোরইডের সহিত স্ক্লেরটিকের ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ থাকায়, ইহাতে তদ্রূপ বহির্গত হয় না। যাহাহউক এইরূপ অবস্থায় রেটিনাও ছিন্ন হয় এবং কিয়দংশ ভিট্রিয়স্ বহির্গত হইয়া যায়। রেটিনার ছিন্ন প্রান্ত আহত স্থানে জড়িত হইতে পারে, এবং যখন এই আহত স্থান আরোগ্য হইয়া আকুঞ্চিত হইতে থাকে, তখন রেটিনা কোরইডের সংস্রব হইতে আকর্ষিত হইয়া আইসে এবং রোগীর দৃষ্টি বিনষ্ট হইয়া যায়।

সম্প্রতি একটী বালক চক্ষুর বহিঃ অর্থাৎ কর্ণদিকে একখণ্ড বন্দুকের পারকাসন্ ক্যাপের দ্বারা আহত হইয়াছিল। উক্ত আঘাতে স্ক্লেরটিক্ ছিন্ন ও তৎপরে ছিন্ন স্থান শুষ্ক হইয়া যায়। কতিপয় মাস বিগত হইলে, যখন এই বালক ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেবের নিকট আনীত হইয়াছিল, তখন উহার চক্ষু বাহ্যতঃ সুস্থ বলিয়া দৃষ্ট হইল। কিন্তু ম্যাট্রোপীনের দ্বারা কনীনিকা প্রসারিত করিয়া দেখা গেল যে, রেটিনা চক্ষুর পশ্চাদ্বর্ত্তী কনকেভ্ দেশের মধ্য দিয়া একটী পর্দ্দার ন্যায় ভিট্রিয়স্ চেম্বারে পূর্ব্ববর্ণিতরূপে আকৃষ্ট হইয়া উপনীত হইয়াছে; সুতরাং চক্ষুর দৃষ্টিশক্তিও সম্পূর্ণ বিনষ্ট হইয়া গিয়াছিল।

ইতিপূর্ব্বে পূর্ব্ব পৃষ্ঠায় উল্লিখিত হইয়াছে যে, স্ক্লেরটিক্ কোন আঘাত দ্বারা বিদারিত হইলে, বিশেষতঃ সেই বিদারণ অত্যন্ত দীর্ঘায়তন না হইলে, এবং অক্ষিগোলকের অধিকাংশ অন্তর্ব্বর্ত্তী পদার্থ তন্মধ্য দিয়া বহির্গত হইয়া না যাইলে, যদি বিদারণের পরক্ষণেই সূক্ষ্ম২ সুচার্ দ্বারা বিদারিত প্রান্ত একত্র সংবদ্ধ করিতে পারা যায়, তবে তাহা করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

স্ক্লেরটিকের রপ্চার্ (Rupture) বা ছিন্ন।——কোন স্থূলাগ্র শস্ত্র অথবা মুষ্টি দ্বারা, অথবা হঠাৎ পতিত হইয়া চক্ষুতে সাক্ষাৎভাবে আঘাত

লাগিলে, স্ক্লেরটিকের এইরূপ অবস্থা ঘটিতে পারে। এইরূপ ঘটনায় স্ক্লেরটিক্ কর্ণিয়ার প্রান্ত সমীপে, ঊর্দ্ধ অথবা নাসিকারদিকে, অথবা কর্ণিয়া এবং সরল পেশীর সংযোগ স্থল এতদুভয়েব ঠিক মধ্যবর্ত্তী স্থানে, ফাটিয়া যায়।

যে গুরুতর আঘাতে স্ক্লেরটিক্ ভিন্ন অর্থাৎ ফাটিয়া যাইতে পারে, তাহাতে অক্ষিগোলকের অন্তর্ব্বর্ত্তী অপরাপর নির্ম্মাণও আহত হয়; এবং যে সময়ে স্ক্লেরটিক্ ভিন্ন হইয়া পড়ে, অর্থাৎ ফাটিয়া যায়, তখন লেন্স্ আইরিস্কে এবং সচরাচব কিয়দংশ কোরইড্ সঙ্গে২ আকর্ষণ করিয়া উক্ত ভিন্ন স্থানেব মধ্য দিয়া বহির্গত হইয়া আইসে। অপিচ ভিট্রিয়সও বহির্গত হইয়া আসিতে পাবে, এব° বস্তুতঃ চক্ষু অবসন্ন অর্থাৎ চুপ্সিয়া (Collapse) ও সম্পূর্ণ বিনষ্ট হইয়া যায়*। অপেক্ষাকৃত সামান্যতর স্থলে, উক্ত আঘাত-তাড়নায় অথবা কোবইডের কোন রক্তবহা নাড়ী ছিন্ন হইয়া তৎপশ্চাদ্ভাগে রক্তস্রাব হইতে আবস্ত হইলে, বেটিনা স্বতন্ত্র হইয়া যাইতে পারে। এই-রূপে য়্যাণ্টেরিয়র ও ভিট্রিয়স্ চেম্বাব রক্ত পূর্ণ হইয়া পড়ে, এবং সেই রক্ত আশোষিত বা অবসৃত হইয়া না যাইলে, চক্ষুব ফণ্ডস্ অর্থাৎ তলদেশ কিরূপ আহত হইয়া থাকে, তাহা নির্দ্দেশ কবা অত্যন্ত অসম্ভব।

নিষ্পেষণ (Contusions)।——স্ক্লেরটিক্ কিঞ্চিৎ নিষ্পিষ্ট হইলে, তাহা যদিও বাহ্যতঃ সামান্য বলিয়া বোধ হয়, কিন্তু তাহাতে কালক্রমে ভিট্রিয়সে ভয়ানক পরিবর্ত্তন হইতে পারে। বোধ হয়, রোগী নিষ্পেষণে যেং অবস্থা ঘটিয়াছিল তৎসমুদয়ই বিস্মৃত হইয়া যায়, এবং পরিশেষে চিকিৎ-সকের নিকট দৃষ্টি ক্রমশঃ হ্রাস হইয়া আসিতেছে ও তাহার দৃষ্টি-ক্ষেত্রের সম্মুখে কৃষ্ণবর্ণ পদার্থ সকল ইতস্ততঃ ভাসমান রহিয়াছে বলিয়া অভিযোগ করিয়া থাকে। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করিলে, ভিট্রিয়স্ তরল এবং তন্মধ্যে ক্ষুদ্র২ পাটল অথবা কৃষ্ণবর্ণ কলঙ্ক ইতস্ততঃ ভাসমান হইতে দেখা যায়। ইহা স্পষ্টই প্রতীয়মান হইতেছে যে, আঘাত-জনিত পরিপোষণ-বিশৃ-ঙ্খলায় ভিট্রিয়স্ পদার্থ ক্রমশঃ তরল হইতে থাকে; এবং রেটিনা প্রকৃত রক্ষক অভাবে স্বতন্ত্রিত হয়, ও তজ্জন্য রোগীর দৃষ্টিশক্তি একেবারে বিনষ্ট হইয়া যায়।

---

* See several cases reported by Mr. Hulke, *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. i p. 292.

ভাবিফল ।——স্ক্লেরটিক্ ভয়ানক রূপে আহত অথবা উহার ক্ষতি হইলে, ভাবিফল অনুধাবন করিয়া আমরা অত্যন্ত অসন্তুষ্ট হইয়া থাকি। কারণ, সামান্যতর স্থলেও পূর্ব্বোল্লিখিত উপসর্গ সকল অর্থাৎ রেটিনার স্বতন্ত্র-ভাব অথবা ভিট্রিয়সের ডিজেনারেসন্ বা অপকর্ষ ইত্যাদি ঘটিয়া দৃষ্টিশক্তির হ্রাস হইতে পারে। পরিশেষে ইহাও বক্তব্য যে, স্ক্লেরটিকের এবম্বিধ অপায়ে কোরইডও পীড়িত হইতে পারে, এবং তদানুসঙ্গিক মন্দফল সমূহ সূচিত হইয়া থাকে। এই বিষয় কোরইডের রোগ সমূহ প্রকরণে বর্ণিত হইবেক।

চিকিৎসা।——স্ক্লেরটিক্ ছিন্ন (Ruptured) হইলে, যদি বিদারিত স্থান দিয়া অধিক পরিমাণে ভিট্রিযস্ বহির্গত না হয়, তবে উক্ত স্থানের প্রান্ত সূক্ষ্ম২ সুচার দ্বারা সমবেত করিয়া, যতদিন পর্য্যন্ত আরোগ্য না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত বিশ্রান্ত ভাবে রাখা সর্ব্বতোভাবে উচিত। কিন্তু যদি স্ক্লেরটিকের এই ছিদ্রের মধ্য দিয়া লেন্স্ এবং অধিক পরিমাণে ভিট্রিয়স্ বহির্গত হইয়া থাকে, তবে অক্ষিগোলক অবসন্ন হইতে অর্থাৎ চুপ্সিয়া যাইতে দেওয়া উচিত; ইহাতে উক্ত চক্ষু একেবারে বিনষ্ট হইয়া যায। দুর্ভাগ্য ক্রমে, এইরূপ হইয়াই যে অপকারাদির শেষ হয় এমত নহে; সুস্থ চক্ষুতেও সিম্প্যাথেটিক্ বা সমবেদন উত্তেজনা সচরাচর উপস্থিত হইয়া থাকে, এবং পীড়িত চক্ষু নিষ্কাশন ব্যতিরেকে তাহা আরোগ্য হয় না। অতএব এবম্বিধ দুর্ঘটনার পর সুস্থ চক্ষু পীড়িত হইতে না হইতেই সত্বর পীড়িত চক্ষু নিষ্কাশিত করা যুক্তি সঙ্গত কিনা, ইহা সতত বিবেচনা করা উচিত। আমার মতে দরিদ্র লোকদিগের পক্ষে যখন দেখা গেল যে, চক্ষু অবসন্ন হইয়া বা চুপ্সিয়া গিয়াছে, তখন এই উপায় অবলম্বন করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। উহাদের পক্ষে কৃত্রিম চক্ষু পরিধান করিবার নিমিত্ত, চক্ষুতে অবলম্বন স্বরূপে কিয়দংশ অবশিষ্ট রাখা উচিত নহে; কারণ এবম্বিধ অলঙ্কার উহাদের পক্ষে কোন গুণকারক না হইয়া বরং অধিক কষ্টপ্রদ হইয়া থাকে। ধনাঢ্য ব্যক্তিরা কোন কর্ম্ম কার্য্যাদির বশীভূত না হইয়া বৃথা সময় অতিবাহিত করিতে পারেন, এবং তাঁহারা অলঙ্কারাদিরও সম্যক আদর করিয়া থাকেন; সুতরাং তাঁহাদের পক্ষে পীড়িত চক্ষুর অবশিষ্টাংশ নিষ্কাশিত করিতে কিঞ্চিৎ বিলম্ব করা যাইতে পারে; এবং এই বিলম্বে সিম্প্যাথেটিক্ বা সমবেদন উত্তেজনার কোন লক্ষণ প্রকাশমান না হইলে, যে অক্ষিগোলক

চুপ্সিয়া গিয়াছে, (Collapsed) তাহা কৃত্রিম চক্ষু অবলম্বন করিবার উত্তম আশ্রয়স্থান হইতে পারে।

স্ক্লেরটিকের টিউমার বা অর্ব্বুদ (Tumour)।—যদিও স্ক্লেরটিক্ সচরাচর অভ্যন্তরদিকে কোরইড্ হইতে উদ্ভূত, অথবা বহির্দ্দেশের অক্ষিকোটরীয় টিশু হইতে উৎপন্ন টিউমার্ দ্বারা আক্রান্ত হইয়া থাকে, কিন্তু তথায় ক্যান্সারস্ অথবা অন্যান্য উদ্বর্দ্ধন প্রায়ই উৎপন্ন হয় না। মেকেঞ্জি সাহেব স্ক্লেরটিক্ হইতে উৎপন্ন কতিপয় সার্কোমেটস্ (Sarcomatous) অর্ব্বুদ রোগাক্রান্ত রোগীর বিষয় উল্লেখ করিয়া গিয়াছেন। তিনি বলেন যে, এইরূপ টিউমার্ স্ক্রফুলা রোগাক্রান্ত ব্যক্তিগণেই উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই সকল টিউমার্ কখন একটী মাত্র, অথবা কখন২ পুঞ্জ২ উৎপন্ন হয়। উহারা কোমল অথবা কঠিন, রক্তবহা নাড়ীময় অথবা তদ্বিরহিত। উহারা স্বভাবতঃ ক্রমবর্দ্ধিত ক্ষতে পরিণত হইয়াবিলুপ্ত হইতে পারে ; কিন্তু তজ্জনিত অস্বাভাবিক ক্রিয়াদি দ্বারা স্ক্লেরটিক্ ছিদ্রযুক্ত হইয়া, চক্ষু হ্রাস এবং বিনষ্ট হইয়া যায়।

মেকেঞ্জি সাহেব বলেন যে, এই সকল ফাইব্রো প্ল্যাষ্টিক্ টিউমার্ সচরাচর অক্ষিগোলকের কপোলদেশাভিমুখপার্শ্বে উৎপন্ন হইয়া থাকে, এবং প্রথমতঃ অল্প শ্বেতবর্ণ বিশিষ্ট হয়। উহারা ক্ষত হইয়া যে স্থান হইতে উৎপন্ন হয়, ক্রমশঃ তাহার চতুষ্পার্শ্বে বিস্তৃত হইয়া তত্তৎস্থানকেও পীড়িত করে*।

স্ক্লেরটিকের বাহ্যদেশ হইতে উৎপন্ন মেলানোটিক্ অর্ব্বুদের কতিপয় মাত্র উদাহরণ উল্লিখিত আছে ; এবং ঐ সকল অর্ব্বুদ অন্ততঃ কিছু কালের নিমিত্ত অক্ষিকোটরের অন্তর্বর্ত্তী অন্যান্য নির্ম্মাণকে যে পীড়িত করে না, তাহাও লিখিত আছে †।

---

* Mackenzie "On Diseases Of the Eye" 4th edit. p. 703.

† Mr. Poland on Protrusion of the Eyeball. *Ophthalmic Hospital Reports,* vol. i. p. 171, Where two such cases are referred to.

অক্ষিতত্ত্ব।

দ্বিতীয় ভাগ।

সপ্তম অধ্যায়।

কন্জংটাইভার রোগসমূহ।

DISEASES OF THE CONJUNCTIVA.

হাইপারীমিক্——মিউকো-পিউরিউলেণ্ট——পিউরিউলেণ্ট——ডিফ্থারিটিক্——গ্রানিউলার——পংষ্টিউলার কন্জংটিভাইটিস্——অপায়গ্রস্ত কন্জংটাইভা——হাইপারট্রোফি বা বিবৃদ্ধি এবং এ্যাট্রোফি বা হ্রাস——টেরিজিয়ম্——রিলাক্সেশন্ বা দ্রবীকরণ——কন্জংটাইভাতে রস ও রক্তোৎপ্রবেশ——কন্জংটাইভার টিউমার বা অর্ব্বুদ সকল——ক্যারঙ্কলের পীড়া।

কন্জংটিভাইটিস্। (CONJUNCTIVITIS)

এক্ষণে আমরা কন্জংটাইভা সংক্রান্ত রোগানুশীলনে প্রবৃত্ত হইলাম। আমাদিগকে সচরাচর চক্ষু সংক্রান্ত যে সকল রোগ চিকিৎসা করিতে হয়, তন্মধ্যে অধিকাংশই কন্জংটাইভা সংক্রান্ত রোগ বলিয়া, তদ্বিষয়ে আমাদিগের বিশেষরূপে মনোযোগী হওয়া আবশ্যক। আমি নিম্নলিখিত আখ্যান সমূহ দ্বারা কন্জংটাইভার রোগ সকল বর্ণন করিব। যথা—হাইপারীমিয়া, মিউকো-পিউরিউলেণ্ট্, পিউরিউলেণ্ট্, ডিফ্থারিটিক্, গ্রানিউলার এবং পংষ্টিউলার কন্জংটিভাইটিস্।

উপরিলিখিত প্রথম তিন প্রকার রোগের মধ্যে একটীর আরম্ভ ও তৎপূর্ব্ববর্ত্তিটীর বিরাম সূচক কোন প্রভেদ নির্ণয় করা অতিশয় কঠিন। যথা—মিউকো-পিউরিউলেণ্ট্ কন্জংটিভাইটিসের অগ্রে সর্ব্বদা কন্জংটাইভাতে হাইপারীমিয়া রোগ ঘটিয়া থাকে; এবং পিউরিউলেণ্ট্ কন্জংটিভাইটিসের অগ্রে হাইপারীমিয়া ও মিউকো-পিউরিউলেণ্ট্ উভয়ই ঘটিয়া থাকে। অতএব কার্য্যতঃ ইহাদের স্বাভাবিক প্রভেদ নির্ণয় করা অতীব প্রয়োজনীয়। ডিফ্থারিটিক্, গ্রানিউলার ও পংষ্টিউলার কন্জংটিভাইটিসের লক্ষণ সকল এত

সুস্পষ্ট যে, তাহাদের পরস্পর উপরিউক্ত প্রভেদ দ্বারা রোগ হইতে প্রভেদ নির্ণয় করা অনায়াস-সাধ্য।

পিউরিউলেণ্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির চক্ষুর ক্লেদ (পূয) সুস্থ-কনজংটাইভা-বিশিষ্ট ব্যক্তির চক্ষুতে নিহিত হইয়া, অনেক স্থলে ঐ রোগই উৎপাদন করিয়া থাকে। কিন্তু আমরা যেমন সচরাচর এই ঘটনা অনুমান করি, কার্য্যে উহা ততদূর ফলপ্রদ নহে। কারণ পিউরিউলেণ্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির চক্ষুর ক্লেদ, ডিফথারিটিক্ কনজংটিভাইটিস্ রোগ প্রবণ কোন ব্যক্তির চক্ষুতে সংস্পৃষ্ট হইলে, তাহা শেষোক্ত রোগই উৎপাদন করাইয়া দেয়*। সুতরাং কোন বিশেষবিধ কনজংটিভাইটিসের ক্লেদ দ্বারা কোন ব্যক্তি সংক্রামিত হইলে, সে যে, কোনবিধ কনজংটিভাইটিস্ দ্বারা আক্রান্ত হইবে, তাহা পূর্ব্বে যথার্থ অনুভব করিয়া বলা নিতান্ত অসম্ভব। অতএব প্রত্যেক স্থলেই রোগের অবস্থা নিরূপণ করা আমাদের কর্ত্তব্য। কারণ, এই সময়ে প্রকৃতরূপে রোগ নির্ণয় করিতে পারিলে, এবং রোগ নিবারণার্থ সদ্ব্যবস্থা প্রদান করিলে, সত্বরই পীড়া আরোগ্য হইয়া উঠে। অপিচ একবিধ রোগের ঔষধ অন্যবিধ রোগের বিশেষ অপকারক। যথা—পিউরিউলেণ্ট্ কনজংটিভাইটিসের ঔষধ ডিফথারিটিক্ কনজংটিভাইটিসে বিপরীত ফলদায়ক।

এস্থলে ইহা বলা বাহুল্য যে, যাহাকে "নির্দ্দোষ পূয" (Healthy pus) কহা যায়, অর্থাৎ যাহা ক্ষত শুষ্ক হইবার সময়ে বহির্গত হয়, বা সামান্য স্ফোটক হইতে নির্গত হয় তাহা সাবধানে কনজংটাইভার ভিতর প্রবিষ্ট করাইয়া দিলেও, তদ্দ্বারা কোন প্রকার প্রদাহের উৎপত্তি হইতে পারে না। চিকিৎসাশাস্ত্রে যেমন অনেকানেক সংক্রাম্তিগত বিষয়ের অদ্যাপিও কোন মীমাংসা হয় নাই, তদ্রূপ নির্দ্দোষ বা সুস্থপূয ও যে পূযের স্পর্শ দ্বারা পীড়া সংক্রামিত হয়, তদুভয়ের প্রভিন্ন অবস্থাও অদ্যাপি অমীমাংসিত রহিয়াছে। কিন্তু আমরা সচরাচর এই স্পর্শ দোষ দ্বারাই নানাবিধ কনজংটিভাইটিস্ রোগ সংক্রামিত হইতে দেখিয়া থাকি। অনেকানেক কনজংটিভাইটিস্

* "Maladies des Yeux," par M. Wecker, vol i. p. 32.

রোগের এবম্বিধ সংক্রামক অবস্থা বলিয়া, এবং তাহাতে পিউরিউ-লেন্ট কন্‌জংটিভাইটিসের ন্যায় পূয়োৎপত্তি হয় বলিয়া, এইপ্রকার রোগাক্রান্ত ব্যক্তিকে সুস্থ ব্যক্তির সমাজ হইতে স্থানান্তরিত করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

অনাস্থা পূর্ব্বক এই নিয়ম প্রতিপালন না করিলে, যে কিপর্য্যন্ত ক্লেশ পাইতে হয়, মিসরবাসী লোকেরা অধুনা পিউরিউলেন্ট কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত হইয়া, তাহার সম্পূর্ণ উদাহরণ স্থল হইয়াছে। এই রোগ উক্ত দেশের সর্ব্বস্থানব্যাপক, সর্ব্বজনাক্রামক (Endemic) ও পুরুষানুগ। সামান্যতঃ ইহা স্বীকৃত হইয়াছে, যে, সূর্য্যের আলোক এবং শূন্যমার্গে ভ্রাম্যমাণ বহুসংখ্যক বালুকারেণু সমবেত হইয়া, মিসরবাসী দরিদ্রদিগকে এই রোগাক্রান্ত করিবার আনুষঙ্গিক কারণ হয়। যাহাহউক ইহা প্রকৃত বা মূলীভূত কারণ নহে। যেহেতু, ভারতবর্ষবাসীদিগের চক্ষুতে ঐ প্রকার সূর্য্যের প্রখর উত্তাপ ও বালুকা-কণা প্রবেশ করে বটে, কিন্তু তাহাদিগকে মিসরবাসীদিগের ন্যায় প্রায়ই পিউরিউলেন্ট কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত হইতে দেখা যায় না।

এতদ্দেশীয় লোকদিগের মধ্যে ডিফ্‌থিরটিক্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ প্রায়ই দৃষ্টিগোচর হয় না। কিন্তু তাহা বলিয়া, তদ্রোগ নিবারণার্থে আমাদিগকে অগ্রে প্রস্তুত থাকা অবৈধ নহে। কারণ, কালে এই রোগ সমধিক প্রাদুর্ভূত হইলেও হইতে পারে। ইউরোপে এই রোগের যে পরিমাণে প্রাদুর্ভাব, ভারতবর্ষে যদিও সেই পরিমাণে নহে, তথাপি উহা ভারতবর্ষে বিদ্যমান আছে একথা অবশ্যই স্বীকার করিতে হইবে।

গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের সংপ্রাপ্তি বিষয়ে, যে মতামত চলিয়া আসিতেছে, তদ্বিষয়ে ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেবের এই মত, যে, এই রোগ প্রকৃতপক্ষে নবোদ্‌গত বিন্দুনিচয়ে Neoplastic formation, প্রথমে উদ্ভূত হইয়া থাকে। আর কন্‌জংটাই-ভার সংযোজক ঝিল্লীর নির্ম্মাপক পরমাণু সকলের (Corpuscles) সংখ্যাবৃদ্ধি (Proliferation) হইয়া, ঐ রোগ উৎপাদিত হয়। এই রোগ হইলে, শ্লৈষ্মিকঝিল্লীর (Mucous membrane) ভিলাই (Villi) সচরাচর বর্দ্ধিত ও স্ফীত হয় বলিয়া, উহা এই রোগের প্রকৃত লক্ষণ বলিয়া গণ্য হইতে পারে না। উহা সামান্য ও সাময়িক বা তাৎকালিক লক্ষণ মাত্র। নিওপ্ল্যাষ্টিক্ গ্রোথ্ সকল

হইতে, বৃহত্তরীভূত প্যাপিলির প্রভেদ বুঝিতে পারিলে, গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ ঘটনার প্রকৃত অবস্থা নির্ণীত হইয়া পড়ে। "গ্র্যানি-উলার" (Granular) শব্দে নিঃসন্দেহই নানাবিধ অর্থের সংশয় হইয়া থাকে। প্রথমতঃ, অধিকাংশ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে পরি-দৃশ্যমান প্যাপিলারি-টিসুর (Papillary tissue) বিবৃদ্ধি দ্বারা এক প্রকার "গ্র্যানিউলার আকৃতি" অর্থাৎ সাগুদানার মত ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র চিহ্ন অনুভূত হয়। ২য়তঃ, গ্র্যানিউলার শব্দে প্রকৃত "গ্র্যানিউ-লেশন্ ক্রিয়ার" ব্যুৎপত্তি অর্থাৎ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র দানার উৎপত্তিমাত্র বোধ-গম্য হয়। ইহা প্যাপিলারি-টিসুর বিবৃদ্ধি জনিত বলিয়া বোধ হয় না। কিছু পরেই সবিশেষ বর্ণিত হইবে যে, গ্র্যানিউলেশনস্ অপেক্ষা টিউবার্কলের সহিত, গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিসের নিও-প্লাষ্টিক্ গ্রোথের বিশেষ সৌসাদৃশ্য আছে।

আমি শিশুদিগের পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ বা মেহজ অর্থাৎ গনোরিয়াল (Gonorrhœal) কন্‌জংটিভাইটিসের কোন স্বতন্ত্র উল্লেখ করিয়া বর্ণনা করিব না। উহারা সাধারণ পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ প্রকরণের অন্তর্নিবিষ্ট হইবে। সুতরাং এই প্রকরণ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র অনাবশ্যক কতকগুলি শ্রেণীতে বিভাজিত হইয়া বর্ণিত হইলে, উহা আরো কঠিন ও দুর্বোধ্য হইয়া পড়ে। অপিচ হাম (Measles) বা লোহিত জ্বর, স্কার্লেটিনা (Scarlatina) অথবা ইচ্ছাবসন্ত (Small-pox) রোগে কন্‌জংটাইভাতে যে সকল ত্বকস্ফোটক (Exanthemata) লক্ষিত হয়, তাহাদিগকে সামান্য হাইপারীমিয়া বা মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগের চিকিৎসা-প্রণালী অনুসারে চিকিৎসা করিতে হয়। ক্যাটারাল্ (Catarrhal) কন্‌জংটিভাইটিস্ সামান্যতর হইলে, তাহা হাইপারীমিয়া শ্রেণীতে বর্ণিত হইবে, উহা কঠিনতর হইলে, মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিসের আকার ধারণ করে।

হাইপারীমিয়া।—(Hyperæmia) কন্‌জংটাইভার হাইপারী-মিয়া বা রক্তাধিক্য রোগ, সচরাচর সামান্য কনজংটিভাইটিস্ বা অপথ্যাল্‌মিয়া (অক্ষিপ্রদাহ) শব্দে উল্লিখিত হয়। কন্‌জংটাইভা নিম্নলিখিত আকার ও লক্ষণাপন্ন হইলে, এই রোগসমাক্রান্ত বলিয়া প্রতীয়মান হয়।

ইতিপূর্ব্বেই চক্ষুর শারীরস্থান প্রকরণে বর্ণিত হইয়াছে, যে,

সুস্থ কন্‌জংটাইভা এক প্রকার স্বচ্ছ টিসু মাত্র। ইহার মধ্য দিয়া উজ্জ্বল, মসৃণ ও শ্বেতবর্ণ স্ক্লেরোটিক্‌ দেখিতে পাওয়া যায়। অক্ষিপুট উল্‌টাইয়া দেখিলে, দেখা যায়, যে, কন্‌জংটাইভার নিম্নে কতকগুলি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র সূক্ষ্ম ও ঈষৎ রক্তিম রেখা অক্ষিপুটপ্রান্ত হইতে পশ্চাদ্দিকে লম্বমান হইয়া গমন করিতেছে। ইহাদের দ্বারা মিবোমিয়ান গ্ল্যাণ্ড সকলের অবস্থান নিরূপিত হয়। আর ইহারা স্বয়ং মিউকস্‌ মিম্ব্রেণের নিম্নে অবস্থান করে, সুতরাং যখন কন্‌জংটাইভা আবক্তিম হয়, তখন এই সকল গ্ল্যাণ্ড্‌ও অল্প বা অধিক পরিমাণে অদৃশ্য হইয়া পড়ে।

হাইপারীমিয়া রোগে অক্ষিপুট উল্‌টাইলে, দেখিতে পাওয়া যায় যে, কন্‌জংটাইভা কেবল আরক্তিম হইয়াছে এমত নহে, উহার উপবিভাগের মসৃণতাও বিনষ্ট হইয়াছে। নিম্নে উহার দুইটী কারণ নির্দ্দেশ করা যাইতেছে। ১ম, ভিলাই মধ্যস্থ রক্তবহা-নাড়ী সকলের পীড়াজনিত যে রক্তাধিক্য হয়, তাহাতে উহারা বর্দ্ধিত হইয়া পড়ে। ২য়, কন্‌জংটাইভার গ্ল্যাণ্ড বা গ্রন্থিসকল অপেক্ষাকৃত কার্য্যশীল ও বৃহত্তর হইয়া পড়ায়, ও তৎসঙ্গে সঙ্গে ভিলাই স্ফীত হওয়ায়, মিউকস্‌ মিম্ব্রেণের মসৃণতা বিনষ্ট হইয়া, বন্ধুর আকার হয়। বিশেষতঃ এই বন্ধুরতা টার্সো-অর্বিট্যাল্‌ ফোল্‌ডে স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। এই টার্সো অর্বিট্যাল্‌ ফোল্‌ডেও আবার যে সকল শিথিল কৌষিকঝিল্লী আছে, তাহাও রসের উৎপ্রবেশ (Effusion) হেতু কিঞ্চিৎ স্ফীত হয়। অক্ষিপুটদ্বয়, ক্যারঙ্কল্‌ (Caruncle) এবং সেমিলুনার ফোল্‌ড (অর্দ্ধচন্দ্রাকৃতি ভাঁজ) সকলও কিঞ্চিৎ স্ফীত হয়। সামান্য হাইপারীমিয়াতে অর্বিট্যাল্‌ কন্‌জংটাইভা অত্যল্প পরিমাণে পীড়িত হয় বলিয়া, এমতও বোধ হইতে পারে যে, উহার বাহ্যিক পরিদৃশ্যমান রক্তবহা-নাড়ী সকলই কেবল আরক্তিম হইয়াছে। যাহা হউক, এই অবস্থায় ঐ সকল নাড়ীকে স্ক্লেরোটিকের উপর দিয়া কর্ণিয়ার অভিমুখে জালাকারে সতত সঞ্চালিত হইতে দেখা গিয়া থাকে।

বয়োবৃদ্ধির সঙ্গে২ আমাদের কনজংটাইভা ঈষৎ রক্তিম হইতে থাকে, সুতরাং এই অবস্থাকে পীড়ার চিহ্ন বলিয়া গণ্য করা যাইতে পারে না।

রোগনির্ণয়।—কন্‌জংটাইভার হাইপারীমিয়া স্ক্লেরোটিকের হাইপারীমিয়া রোগ হইতে বিশেষ২ লক্ষণ ও আকারে প্রভিন্ন। এই

চালনার আতিশয্য হইলে, কিম্বা উজ্জ্বল আলোকে দৃষ্টি নিয়োগ করিলে, এই লক্ষণেরও বৃদ্ধি হয়। বোধহয় কন্‌জংটাইভ্যাল্ এবং ল্যাক্রিম্যাল্ গ্ল্যাণ্ডের উত্তেজনই উহার কারণ। অপিচ অক্ষিপুটের মিউকস্ মেম্ব্রেণের স্ফীত ও আরক্তিম অবস্থা, পংটা ও ক্যানালিকিউলি বা অশ্রুপ্রণালীর আবরক মেম্ব্রেণ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়; এবং অশ্রুর নাসাভ্যন্তরে যাইবার প্রকৃত পথ রুদ্ধ হওয়ায়, উহা নাসাপাঙ্গ দেশে প্লাবিত হইয়া, প্রবাহিত হইতে থাকে। রোগী এই বিষয়ই অভিযোগ করে। অপরন্তু হাইপারীমিয়া রোগের অনেক স্থলে, ঐ স্ফীত অবস্থা বিপরীত দিক্ হইতে আরম্ভ হইয়া থাকে, অর্থাৎ প্রথমে নাসিকা প্রণালীর অর্থাৎ নেরিসের (Naris) অভ্যন্তরস্থ মিউকস্ মেম্ব্রেণ উত্তেজিত হয়, তৎপরে অশ্রুপথের, অবশেষে অক্ষিপুটদ্বয়ের মিউকস্-মেম্ব্রেণে বিস্তীর্ণ হইয়া পড়ে। এইরূপ ঘটনা সচরাচর সামান্য শ্লেষ্মাসংক্রান্ত হইলেই দৃষ্ট হয়, এবং তাহাতেই ক্যাটার্যাল্ অপ্‌থ্যাল্-মিয়া নামক রোগের উৎপত্তি করে।

কারণ।—গ্রীষ্মপ্রধান দেশে নানা কারণে কন্‌জংটাইভায় হাইপারীমিয়া রোগের উৎপত্তি হয়। এখানে সম্বৎসরের মধ্যে নয় মাস আমাদিগকে সূর্য্যের ভয়ানক উত্তাপ সহ্য করিতে হয়। এদিকে গৃহের বাহিরে আসিলেই বায়ু ধূলিময় লক্ষিত হয়, এবং গৃহাভ্যন্তরে, দরিদ্রদিগকে অন্নপাক করিবার সময় সতত জ্বালানি কাষ্ঠের ধূম সহ্য করিতে হয়। চতুর্দ্দিকে পূতিগন্ধপ্রভাব, এমোনিয়া বা যবক্ষারজান বাষ্পের ধূম, অনাবৃত ও দুর্গন্ধময় পয়ঃপ্রণালীর অপকারক বাষ্প, এবং সর্ব্বপ্রকার ময়লা ও পচা দ্রব্যের দুর্গন্ধ ইত্যাদি কারণে সতত চক্ষুর উত্তেজন হইয়া, হাইপারীমিয়া রোগের উৎপত্তি হয়। শীতপ্রধান দেশে হঠাৎ ঋতু পরিবর্ত্তন দ্বারা সচরাচর শ্লেষ্মারোগ হইয়া, অপ্‌থ্যাল্-মিয়া রোগের উৎপত্তি হয়। তদ্ব্যতিরেকে তথায় অন্য কোন সাধারণ কারণে সামান্য কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের উৎপত্তি হইতে দেখা যায় না।

কোন বাহ্যপদার্থ (যেমন, মৃত্তিকা, কীট ইত্যাদি) কন্‌জংটাইভার উপর পতিত হইলে, তত্রত্য মিউকস্‌মেম্ব্রেণ আরক্তিম হইয়া উঠে। চক্ষুর পক্ষ্ম উল্টাইয়া অক্ষিগোলকে ঘর্ষিত হইলে, তজ্জনিত উত্তেজন ও রক্তাধিক্যও এই শ্রেণীতে গণ্য হইবেক।

রেটিনা পীড়িত হইলে, প্রত্যাবৃত্ত বা প্রতিফলিত (Refraction)

কার্য্যদ্বারা কনজংটাইভাবও রক্তাধিক্য উপস্থিত হয়। দূরদৃষ্টি চক্ষুর অক্ষিমুকুরের সম্মুখভাগের ম্যুজতা প্রকৃত অবস্থাতে রাখিবার নিমিত্ত, উহার দর্শনোপযোগিতা অতিরিক্ত কার্য্য দ্বারা ক্লান্ত হয়, সুতরাং তদ্দ্বারা কনজংটাইভায় হাইপারীমিয়া রোগের উৎপত্তি হয়।

পরিশেষে ইহাও বক্তব্য, যে পাকস্থলী এবং রসদ-যন্ত্র সকল (Secreting organs সিক্রিটিং অর্গান্স) দূষিত হইয়া, বিশৃঙ্খলতা উৎপাদন করিলেও, কনজংটাইভা যেরূপে রক্তাধিক্য হয়। এইরূপে পাককৃচ্ছ্র, বাত, মূত্রগ্রন্থির বিশৃঙ্খলতা, বদ্ধান্ত্র, ও পোর্টাল কনজেশ্চন্ প্রভৃতি রোগে, কনজংটাইভায় হাইপারীমিয়া রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। আর ঔদরিক এবং অপরিমিত ও অনিয়মাচারী ব্যক্তিদিগের চক্ষু যে সর্ব্বদা সজল ও আরক্তিম থাকে, তাহা আমরা সকলেই সচরাচর দেখিতে পাই।

চিকিৎসা।—এই রোগ চিকিৎসা করিতে হইলে, যেসকল কারণে এই রোগের উৎপত্তি হইয়াছে, সাধ্যমত সেই সকল মূলীভূত কারণের দূরীকরণ করা উচিত। যেমন, নীলবর্ণ বা অন্যতরবর্ণের (Neutral tint) চসমা ব্যবহার করিলে, রৌদ্রের উত্তাপ বা ধূলার উৎপাত নিবারিত হইতে পারে। ক্রমাগত অধিক ক্ষণ পর্য্যন্ত বাহ্যবায়ুতে চক্ষু নিয়োজিত রাখিলে, কনজংটাইভার যে রক্তাধিক্য জন্মে, তাহা উক্ত সহজ উপায় দ্বারা অনায়াসেই নিরাময় হইতে পারে। কিন্তু দুর্ভাগ্যবশতঃ এই উপায় দরিদ্রদিগের সঙ্গতি ও ক্ষমতার অতীত, এবং তাহাদের কর্ম্মকার্য্যাদির সম্পূর্ণ প্রতিকূল।

এক ঔন্স পরিস্রুত জলে এক গ্রেণ হইতে দুই গ্রেণ পর্য্যন্ত সল্‌ফেট্ অব্ জিংক মিশ্রিত করিয়া, য়্যাষ্ট্রিন্‌জেন্ট্ লোশন্ প্রস্তুত করতঃ চক্ষুতে প্রদান করিলে, এবম্বিধ রক্তাধিক্যের বিশেষ উপকার দর্শে। অপিচ, ১ গ্রেণ য়্যাসিটেট্ অব্ লেড্ ১ ঔন্স জলে মিশ্রিত লোশন্ আরো উপকারক। কিন্তু এই দুয়ের একতর পক্ষে, ভাইনম্ ওপিয়াই বা টিংচার অব্ ওপিয়ম, যাহা এইরূপ ধৌতকরণে সচরাচর ব্যবহৃত হইয়া থাকে, তদ্ব্যবস্থা যুক্তিসঙ্গত নহে। কারণ, উক্ত পরিমাণের আফিঙ্গ রোগের কোন প্রতীকার করিতে পারে না, এবং টিংচারে যে স্পিরিট (উত্তেজক মাদকদ্রব্য) আছে, তাহা যত অল্পপরিমাণে হউক না কেন, কোন না কোন অপকার সাধন করিয়া থাকে। রোগীকে ঊর্দ্ধমুখ

করাইয়া ও তাহার নিম্নাক্ষিপুট উল্টাইয়া, নাসাপার্শ্বস্থ অপাঙ্গ দেশে, উক্ত দুই লোশনের একতর লোশন, ঢালিয়া দিতে হয়। তাহাতে লোশন্ সমুদায় চক্ষু ব্যাপ্ত হইয়া পড়ে। দিবাভাগে অনবরতঃ এইরূপ করিতে হয়। ইহাতে কন্‌জংটাইভার প্রসারিত রক্তবহা-নাড়ীসকল স্ব স্ব স্থানে সঙ্কুচিত হইয়া আইসে, এবং তন্মধ্যস্থ রক্তস্রোত দ্রুতবেগে সঞ্চালিত হইয়া, চক্ষুর সুস্থাবস্থা সম্পাদন করে। রাত্রিতে রোগীর পীড়িত চক্ষুর অনাবৃত পুটপ্রান্তে নিম্নলিখিত ঔষধদ্বারা অয়েন্ট্‌মেন্ট্ (মলম) প্রস্তুত করিয়া দিতে হয়।—অন্‌গুয়েন্টম্ হাইড্রার্জ. অক্সাইডাই রুব্রাই ডাইলিউটম্ $\frac{1}{2}$ ড্রাম, ক্যাকাও বটার ৩ ড্রাম।

কন্‌জংটাইভার সামান্য হাইপারীমিয়া রোগে, স্নায়বীয় শক্তির অসম্পূর্ণতা প্রযুক্ত, বা শোণিত এবং ঝিল্লীসমূহের কোন দূষিত পরিবর্ত্তন প্রযুক্ত উদ্ভূত রক্তবহা নাড়ীর প্রসারণ ব্যতিরেকে, অন্য কোন সাংপ্রাপ্তিক পরিবর্ত্তন ঘটিতে দেখা যায় না। সুতরাং উপর্য্যুপরি ঔষধ ব্যবহার করিলে, উক্ত প্রসারণ বিনষ্ট হইয়া রক্তবহা-নাড়ীগণকে সুস্থাবস্থায় আনয়ন করে। এই নিমিত্তই আমরা রোগীকে প্রাতঃ সন্ধ্যা দুইবার ১০ মিনিট্ কাল পর্য্যন্ত মুদিত অক্ষিপুটে শীতল জলের ছিটা প্রদান করিতে অনুমোদন করিয়া থাকি। শীতল জলে কাপড় ভিজাইয়া, স্তরে২ অক্ষিপুটের উপরিভাগে প্রদান করাও প্রসিদ্ধ। উহা শয়ন সময়ে অন্ততঃ ১৫ মিনিট্ কাল পর্য্যন্ত অবস্থিত রাখিলে বিলক্ষণ আরাম বোধ হয়। যাহাহউক, এই জল অতিশয় শীতল হওয়া উচিত নহে। তাহাহইলে কন্‌জংটাইভাতে একেবারে রক্তের লোপাপত্তি উপস্থিত হইবার সম্ভাবনা।

যেস্থলে অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত একদৃষ্টিতে চাহিয়া থাকিলে, চক্ষুর রক্তাধিক্য হয়, সেস্থলে প্রথমতঃ দর্শনেন্দ্রিয়ের বিশ্রাম, ও সুব্যবহার করিয়া চক্ষুরক্ষা করিতে যত্ন পাওয়া উচিত। বর্ত্তমান সময়ে, যখন আমাদিগের অবিশ্রান্ত পরিশ্রম ব্যতীত জীবনোপায়ের আর কোন গত্যন্তর নাই, তখন আমাদিগকে নিয়ত পরিশ্রমের নিমিত্ত যেসকল কষ্ট সহ্য ও স্বাস্থ্য ভঙ্গ করিতে হয়, তাহাতে আমাদের চক্ষু অরুগ্ন থাকা নিতান্ত অসম্ভব।

যখন কোন অন্তরঙ্গের বিশৃঙ্খলতা (Visceral disorder) সহযোগে এই পীড়ার উৎপত্তি হয়, তখন কোন প্রকার স্থানিক ঔষধ ব্যবহার না করিয়া শরীর পরিবর্ত্তক (Alteratives) ও তদ্রূপ অন্যান্য

ঔষধ সেবন করিয়া, আরক্তিম কন্জংটাইভাকে সতত উপশমিত করা উচিত। তামাক ও মদ্যপান বিষয়ে সতত বিশেষরূপে বিরত থাকা বিধেয়। আকণ্ঠ বা অপরিমিত আহার করা অনুচিত। এক মাত্রায় ব্লু পিল, (Blue pill) এবং ব্ল্যাক্ ড্রাপ্ট (Black draught) কোন কোন স্থানে ব্যবস্থা করা অনুমোদনীয়। আর কোন কোন স্থানে টনিক্স্ (Tonics বলকারক ঔষধ) ব্যবহার করা উচিত। অল্পবয়স্ক ব্যক্তি অথবা অধ্যায়ীছাত্রেরা, যখন শারীরিক কিঞ্চিৎ দৌর্ব্বল্য প্রযুক্ত হাইপারীমিয়া রোগগ্রস্ত হয়, তখন এই টনিক্স্ ঔষধ সেবন করাই সমধিক প্রসিদ্ধ। যদিও উহারা য়্যাষ্ট্রিন্জেন্ট্ (Astringent) ঔষধ ব্যবহার করে, এবং প্রত্যহ লিখন ও পঠন হইতে বিরত থাকে, তথাপি একেবারে রোগোন্মূলন করিতে হইলে, স্বাস্থ্যকর আহার, ব্যায়াম, লৌহঘটিত ঔষধ (Iron) সেবন, এবং শীতল জলের ছিটা প্রদান প্রভৃতি কার্য্যাদি করিতে হয়।

চক্ষুর মধ্যে পক্ষ্ম প্রভৃতি কোন বাহ্যপদার্থ প্রবিষ্ট হইয়া রক্তাধিক্য উপস্থিত করিলে, তৎক্ষণাৎ তাহা বহিষ্কৃত করা কর্ত্তব্য। চক্ষু পরীক্ষা করিবার সময়, উভয় অপাঙ্গবর্ত্তী পক্ষ্মগুলির প্রতি বিশেষ করিয়া একবার দৃষ্টি-নিক্ষেপ করা উচিত। সামান্য একটী লোমদ্বারা কন্জংটাইভার এত পরিমাণে রক্তাধিক্য হইতে পারে, যে যতক্ষণপর্য্যন্ত না উক্ত লোম বহির্গত হয়, ততক্ষণ পর্য্যন্ত রক্তাধিক্য বিদ্যমান থাকিয়া, রোগীকে সাংসারিক কার্য্যাদিতে বিরত রাখে। এইস্থলে একটী সূচ, নাইট্রেট অব্ সিল্ভারে মাখাইয়া, পক্ষ্মটী নির্ম্মূল করতঃ তন্মূলস্থানে ক্রমশঃ প্রবিষ্ট করিয়া, উক্ত লোমের অঙ্কুর পর্য্যন্তও উন্মূলিত করিয়া দিতে হয়। এই সঙ্গে সঙ্গে ঐ স্থানে কিঞ্চিৎ প্রদাহও উপস্থিত করিয়া দিতে হয়। ইহাতে উক্ত পক্ষ্মের মূল বিনষ্ট হইয়া যায় এবং পুনর্ব্বর্দ্ধিত হইতেও পারে না। এই প্রক্রিয়া কি রূপে সাধিত হয়, তাহা ইতিপূর্ব্বে ট্রিকিএসিস্ (Trichiasis) রোগ বর্ণন সময়ে উল্লিখিত হইয়াছে।

হাইপারমিট্রোপিয়া বা দূরদৃষ্টিজনিত কন্জংটাইভার হাইপারীমিয়া রোগ, দক্ষতা সহকারে একখানি ম্লাজ চস্মা অনুমোদিত করিয়া ব্যবহার করিলে, নিরাময় হইতে পারে। কিন্তু চসমার গ্ল্যাস্ দুখানি অবিরত-সাতিশয়-ক্লান্ত চক্ষুর পৈশিক যন্ত্রকে সুস্থবোধ করাইতে সম্পূর্ণ উপযোগী হওয়া আবশ্যক। সে যাহাহউক, এই রোগ এবং রেটি-

নাইটিস্ (Retenitis) অর্থাৎ রেটিনা-প্রদাহ সংক্রান্ত রক্তাধিক্য রোগ, পরবর্ত্তী অধ্যায়ে বর্ণিত হইবে বলিয়া, এক্ষণে আমরা তদ্বর্ণনে স্থগিত থাকিলাম।

মিউকো-পিউরিউলেণ্ট্ (Muco-Purulent) বা ক্যাটার‍্যাল্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ।—মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগকে হাইপারীমিয়া রোগের বর্দ্ধিত বা মন্দতর অবস্থা বলিলেও একপ্রকার বলা যাইতে পারে। তবে এই মাত্র প্রভেদ যে, এই রোগে কন্‌জংটাইভা হইতে যদিও জলবৎ তরল অশ্রু নির্গত হয় বটে, কিন্তু উহা লালা-গুণাত্মক এবং ক্লেদ বা পিচুটীময় বাজে পরিপূরিত। অপিচ এই মিউকো-পিউরিউলেণ্ট ক্লেদের সংক্রামকগুণই এতদুভয় রোগের পরস্পর প্রভেদ বুঝাইয়া দেয়।

সংপ্রাপ্তি এবং প্রকৃতি ও অবস্থা।—মিউকো-পিউরিউলেন্ট কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের প্রথমাবস্থায় কেবল অক্ষিপুটীয় কন্‌জংটাইভার রক্তবহা-নাড়ী সকলকেই পীড়িত হইতে দেখা গিয়া থাকে। সুতরাং মিউকস্ মেম্ব্রেণের রক্তাধিক্য প্রযুক্ত তন্নিম্নবর্ত্তী মিবোমিয়ান্ গ্ল্যাণ্ড সকল দৃষ্টিগোচর হয় না। অক্ষিপুটের অন্তর্ভাগ সর্ব্বতঃ সমলোহিতবর্ণ দেখায়। কন্‌জংটাইভা বিশেষতঃ টার্সো-অর্বিটাল্ ফোল্ড্ কিঞ্চিৎ স্ফীত হয়। সেমিলুনার বা অর্দ্ধচন্দ্রাকৃতি ফোল্ড্ ও ক্যারঙ্কল্ও স্ফীত হয়, এবং সাধারণতঃ দুই চক্ষুই পীড়িত হইয়া থাকে। কন্‌জংটাইভার রক্তবহা-নাড়ী সকল স্ফীত হওয়ায়, ভিলাই গুলি সুস্থাবস্থা হইতে কিঞ্চিৎ উন্নত দেখায়। প্যাপিলার অন্তর্বর্ত্তী রক্তবহা-নাড়ী-বন্ধনী আবক্রিম হইয়া, উহার সংযোজক ঝিল্লীতে বহুল রসোৎপত্তি করে, সুতরাং ভিলস্ আচ্ছাদক বেস্মেণ্টমেম্ব্রেণ (ভিত্তি-ঝিল্লী) ক্রমশঃ বর্দ্ধিত হইতে থাকে।

অক্ষিকোটরীয় কন্‌জংটাইভার রক্তবহা নাড়ীগণ সময়ে সময়ে এত পীড়িত হয়, যে, মিউকস্ মেম্ব্রেণ গাঢ় আরক্তিম ও রক্তসংঘাতিত হইয়া, নিম্নবর্ত্তী স্ক্লেরোটিককে সর্ব্বতোভাবে অদৃশ্য করিয়া ফেলে। এই সকল অবস্থায় কিমোসিস্ (Chemosis) দৃষ্ট হয়। এই কিমোসিস্ শব্দটী কন্‌জংটাইভাতেই ব্যবহৃত হইয়া থাকে। ইহাদ্বারা এই বুঝা যায়, যে, সব্-মিউকস্ কনেকটিভ টিস্যু অর্থাৎ অধীন-শ্লৈষ্মিক সংযোজক ঝিল্লীতে রসানুপ্রবেশ হইয়া, কন্‌জংটাইভাত্বকের স্ফীতি উৎপাদন

করিয়াছে। সে যাহাহউক, অধিকাংশ স্থলে অর্বিট্যাল কন্জংটাইভার রক্তবহা-নাড়ীগুলি কেবল উল্লিখিতরূপে গাঢ় আরক্তিম হয় এমত নহে, প্যাল্পিব্র্যাল কন্জংটাইভা হইতে অনেক গুলি বৃহৎ ও পরস্পর-প্রভিন্ন রক্তবহা-নাড়ী কর্ণিয়ার অভিমুখে জালাকারে গতায়াত করিতে থাকে।

এই রোগের বিভিন্নতানুসারে কিমোসিসের পরিমাণেরও তারতম্য ঘটিয়া থাকে। টার্সো-অর্বিট্যাল এবং সেমিলুনার ফোল্ডে উহা সুস্পষ্ট অনুভূত হয়। কোন কোন অবস্থায়, উহা কন্জংটাইভাকে সম্মুখ-দিকে স্ফীত করে, এবং তাহা কর্ণিয়ার প্রান্তভাগে কিঞ্চিৎ উদ্ধৃত হইয়া পড়ে। এই কারণেই অর্থাৎ রক্তবহা নাড়ীসকলের অতি-প্রসারণ প্রযুক্ত মিউকো-পিউরিউলেণ্ট্ রোগে, প্যাল্পিব্র্যাল্ ও অর্বিট্যাল্ উভয় কন্জংটাইভাতে ইকাইমোসিসের (Ecchymosis) কলঙ্ক সকল দেখিতে পাওয়া গিয়া থাকে। বহুল ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র রক্ত-স্রাবিক (Hæmorrhagic) চিহ্ন সকল, বোধ হয়, মিউকস্মেম্ব্রেণের কোনং সূক্ষ্ম রক্তবহা নাড়ীর উদ্ভেদ এবং শোণিতক্ষরণ অবস্থা হইতেই উৎপন্ন হইয়া থাকে।

সাধারণতঃ এই রোগে রোগীর অক্ষিপুটদ্বয়, বিশেষতঃ তাহা-দের প্রান্তদেশ অল্পপরিমাণে স্ফীত ও আরক্তিম হইয়া থাকে।

এই রোগে ল্যাক্রিম্যাল্ ও কন্জংটাইভাল্ গ্ল্যাণ্ড হইতে যে জল সঞ্চারিত হয়, তাহা ভিন্ন ভিন্ন সময়ে ভিন্ন ভিন্ন প্রকৃতি ধারণ করে। রোগারম্ভ সময়ে এই জল পরিমাণে বৃদ্ধি হয়, কিন্তু উহার গুণের প্রকৃতিগত কোন পরিবর্ত্তন দেখিতে পাওয়া যায় না। রক্তবদ্ধ হইয়া যতই রক্তাধিক্য হইতে থাকে, ততই রক্তবহানাড়ী-মধ্য দিয়া শোণিত সঞ্চালন স্থগিত হইতে আরম্ভ হয়, এবং এই নিমিত্তই প্রথমতঃ উক্ত নিঃসৃত জল লালাময় হইয়া উঠে। পরি-শেষে কন্জংটাইভার এবং কন্গ্লোমিরেট্ গ্ল্যাণ্ডগুলির ইপিথিলী-য়্যাল্ স্তরসকলে, যেমত নূতন নূতন ছিদ্র বা কোষ উৎপন্ন হইতে থাকে, অমনি শ্লৈষ্মিক, পূয ও অসংখ্য ইপিথিলীয়্যাল্ বা উপস্থান-কোষ, অক্ষিপুট দিয়া প্রবাহিত উক্ত জলপদার্থ সমন্বিত হইয়া পড়ে। ইপিথিলীয়্যাল্ পরমাণু সকলের অসম্পূর্ণ অবস্থা ও অসাময়িক বিক্ষে-পণ প্রযুক্ত ঐ সকল শ্লৈষ্মিক ও পূয়-কোষ উৎপন্ন হইয়া থাকে। আর ইন্টার-সেলুলার বেসিস্ বা অন্তঃকৌষিক ভিত্তির অনিলাদ্র তারল্য

প্রযুক্ত, উক্ত লালাত্মক জল পিচ্ছিল হয়। এই মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ (পিচ্ছিলক্লেদময়) বীজ সচরাচর ঈষৎ শ্বেতবর্ণ বুদ্‌বুদাকারে একত্রীভূত হয়, এবং অসংলগ্নরূপে অশ্রুজলে ভাসিতে থাকে। নিম্নাক্ষিপুট উল্টাইলে অশ্রু বাহিরে প্রবাহিত হইয়া পড়ে, সুতরাং মিউকসের বুদ্‌বুদ্ সকল সচরাচর কন্‌জংটাইভার উপরিভাগে, বিশেষতঃ টার্সো-অর্বিট্যাল্ ফোল্‌ডে সমাবদ্ধ হইয়া পড়ে।

কেবল কন্‌জংটাইভা এবং অশ্রু-যন্ত্র এই রোগাক্রান্ত হইয়া পড়ে, এমত নহে। কিছুদিন পরে, মিবোমিয়ান গ্ল্যাণ্ড সকলের আবরক মেম্ব্রেণ সমষ্টি, সমীপবর্ত্তী উত্তেজিত স্থান হইতে উত্তেজনাক্রান্ত হয়। এই সকল হইতে আবার অধিক পরিমাণে বিকৃত জল সঞ্চারিত হইয়া, নিদ্রাবস্থায় অক্ষিপুটপ্রান্তে সঞ্চিত হয়। জাগরিত হইয়া দেখা যায় যে, উহা শুষ্ক হইয়া অক্ষিপুটদ্বয়কে সংযুক্ত করিয়া রাখিয়াছে। সুতরাং যতক্ষণ পর্য্যন্ত ধৌত করিয়া এই পিচুটী অপনীত করা না যায়, ততক্ষণ পর্য্যন্ত রোগী সহজে চক্ষু উন্মীলন করিতে সমর্থ হয় না।

রোগজ লক্ষণ।—মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ হাইপারীমিয়া রোগের একপ্রকার বর্দ্ধিত অবস্থা বলিয়া, উহা তদ্রোগজ লক্ষণ সকলের বর্দ্ধিত অবস্থাক্রান্ত হইতে পারে, ইহা আমরা সহজেই অনুভব করিয়া থাকি। কন্‌জংটাইভার রক্তবহা-নাড়ীসকল হাইপারীমিয়া রোগাপেক্ষা সমধিক গাঢ়রূপে আরক্তিম হয় বলিয়া, রোগী বিশেষ ব্যতিব্যস্ত হইয়া অভিযোগ করে, যে, তাহার চক্ষুতে বালুকা বা কঙ্করকণাবৎ কোন বাহ্যপদার্থ পতিত হইয়া তাহাকে কষ্ট প্রদান করিতেছে। তাহার এই বিশ্বাস অপনীত করিয়া দেওয়া অতিশয় দুরূহ। এইরোগে পীড়িত চক্ষু বিলক্ষণ কণ্ডূয়নপর হইয়া থাকে। প্রায় সকল সময়েই, বিশেষতঃ পরিশ্রমান্তে বা অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত সূর্য্য অথবা দীপালোকে দৃষ্টি নিক্ষেপ করিলে, ঊর্দ্ধাক্ষিপুট কিঞ্চিৎ কঠিন ও ভারী বলিয়া বোধ হয়। ল্যাক্রিম্যাল্ গ্ল্যাণ্ড হইতে অধিক পরিমাণে অশ্রু সঞ্চিত হইতে থাকে, এবং মিউকস্ মেম্ব্রেণের স্ফীতাবস্থা প্রযুক্ত পংটা অধিক বা অল্প পরিমাণে রুদ্ধ হইয়া পড়ে; সুতরাং চক্ষুতে অধিকতর অশ্রু সঞ্চিত হইয়া, অক্ষিপুটদ্বয়মধ্যে আগমন করতঃ, কর্ণিয়ার সম্মুখভাগে ঝুলিয়া রোগীর দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মায়। রোগী এই জল না মুছিলে স্পষ্ট দেখিতে সমর্থ হয় না। দিবাশেষে এই সকল লক্ষণের আধিক্য হয়। কিন্তু

প্রাতঃকালে নিদ্রা হইতে জাগরিত হইলে, অক্ষিপুট-দ্বয় মিবোমিয়ান্ গ্ল্যাণ্ডের শুষ্ক ক্লেদ দ্বারা পরস্পর সংলগ্ন হইয়া থাকে। *

কর্ণিয়া উজ্জ্বল ও পরিষ্কার থাকে। কনীনিকা আলোক দ্বারা স্বাভাবিক সঙ্কুচিত হয়, সুতরাং এই দুই অঙ্গে কোনরূপ পীড়া হয় না।

মিউকো-পিউবিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত ব্যক্তি, চক্ষুতে কিম্বা সুপ্রাঅর্বিট্যাল্ রিজনে (Supra-orbital region) কোন রূপ প্রকৃত কষ্ট অনুভব করে না। তাহার চক্ষুতে আলোকাতিশয্য বোধ হয় না, কারণ, সে পূর্ব্বোল্লিখিত লক্ষণাপন্ন হইয়াও প্রোন্মীলিত চক্ষুতে আমাদের নিকট সর্ব্বদা চিকিৎসার নিমিত্ত আইসে।

কোনপ্রকার উত্তেজক কারণ বিদ্যমান না থাকিলে, এই প্রকার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ অত্যল্পদিনের মধ্যেই নিরাময় হইতে পারে। কিন্তু উহা বিদ্যমান থাকিলে, এই রোগ পরিবর্ত্তিত হইয়া, পিউবিউ-লেন্ট্ বা অন্য কোনপ্রকার প্রদাহের উৎপত্তি করে, অথবা বিকৃত হইয়া পুরাতন হাইপারীমিয়া রোগের আকার ধারণ করে।

কারণ।—বহুবিধ কারণে মিউকো-পিউবিউলেন্ট্ কন্‌জংটি-ভাইটিস্ রোগের উৎপত্তি হয়। কিন্তু অধিকাংশ স্থলে জলবায়ুর পরিবর্ত্তন অর্থাৎ শৈত্য, আর্দ্রতা এবং হঠাৎ ঋতু পরিবর্ত্তনই উহার কারণ বলিয়া গণ্য হয়। সময়ে২, এমত কি গ্রীষ্মকালে, যখন এই রোগ দেশব্যাপ্ত হইয়া পড়ে, তখন এই সকল কারণ কোনমতেই যথেষ্ট বা সন্তোষজনকরূপে গণ্য হইতে পারে না। এস্থলে, আমরা বিবেচনা করি যে, উহা শস্যনাশক ব্লাইট্ (Blight) ও অন্যান্য প্রকার সর্ব্বব্যাপী (এপিডেমিক্) রোগের ন্যায় কোন গূঢ় কারণসম্ভূত† আর ইহাও স্মরণ থাকা উচিত যে, এই রোগের সংক্রামক গুণও উহাকে দেশব্যাপিত করিতে কোন অংশেই ক্রটী করে না। এই

---

* অক্ষিপুট উল্টাইতে গেলে, কখন কখন অন্য প্রকার কষ্ট উপস্থিত হয়। বিশেষতঃ এই কষ্ট প্রথম প্রথম ও শুষ্কতরাবস্থায়, এবং দীর্ঘকাল-স্থায়ী স্থলে, অধিক বলিয়া বোধ হয়। পরস্পর বিপরীত দিকস্থ কন্‌জংটাইভার উপরিভা-গের উচ্চাবচতা এবং সেই উপরিভাগ সচরাচর যে রসস্রাবের দ্বারা মসৃণ ও স্নৈহিক হয়, তাহার লাঘবই এই কষ্টের কারণ।

† "Lectures on Diseases of the Eye," by Mr Critchett. *Lancet*, vol. i 1854, p. 510

কারণেই বিদ্যালয়, সেনাচমু, ও সাধারণ সমাজ হইতেই এই রোগ অধিক বিস্তীর্ণ হইয়া পড়ে। মৃত্তিকা হইতে উদ্ভূত বাষ্প (Miasma), সঙ্কীর্ণস্থানে বহুতর লোকের শ্বাসপ্রশ্বাসোত্থ অপকারক বায়ু, নর্দ্দমা, এবং স্রোতোহীন অপরিষ্কৃত পচা জল হইতে সচরাচর যে দুর্গন্ধ ও অপকারক বাষ্প উত্থিত হয়, তাহা সকলই এই রোগের আদিকারণ ও আধিক্যবর্দ্ধক।

চক্ষুতে কোন বাহ্যবস্তু পতিত হইয়া কন্‌জংটাইভাতে আবদ্ধ হইয়া পড়িলে, এই মিউকো-পিউরিউলেন্ট রোগের উৎপত্তি হইতে পারে। কোন পতঙ্গ চক্ষুর মধ্যে প্রবিষ্ট হইয়া, কন্‌জংটাইভার স্তরে আবদ্ধ হওতঃ, এই মিউকো-পিউরিউলেন্ট প্রদাহের উৎপত্তি করে। ইহা সকল দেশেই, বিশেষতঃ ভারতবর্ষে সর্ব্বদাই দেখিতে পাওয়া যায়।

অতএব এই রোগ সচরাচর "ক্যাটারাল" (Catarrhal) শব্দে আখ্যাত হয় বলিয়া, এই ক্যাটারাল শব্দের গুণ বিষয়ে অনেক সন্দেহ উপস্থিত হইতে পারে কাটার শব্দের অর্থ নেত্রমল বা পিচুটী। ইহাকে পূর্ব্বদেশে কাঁতর এই অপভ্রংশ শব্দে উল্লেখ করিয়া থাকে। নিঃস্রাবিত জলের প্রকৃতি বিবেচনা করিলে, এই শব্দের ব্যবহার উপযুক্ত বোধ হয়। কিন্তু পূর্ব্বেই উল্লিখিত হইয়াছে যে, নেত্রমলোৎপাদক কারণ ব্যতীত অন্যান্য অনেক কারণে এই রোগের উৎপত্তি হইয়া থাকে, সুতরাং তাহাদের অবস্থা বিবেচনা করিলে, উক্ত ক্যাটার্‌যাল্ শব্দের প্রয়োগ সম্পূর্ণ উপযুক্ত বলিয়া বোধ হয় না। অপরন্তু, যে সকল অবস্থায় নিশ্বাস-প্রশ্বাস-পথে সামান্য শ্লেষ্মা বা কফের উৎপত্তি হয়, সেই সকল অবস্থায় অনপেক্ষ হইয়াই হউক, অথবা অনুনাসিক শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর প্রসারণ হইতেই হউক, কনজংটাইভাতেও তুল্যরূপ শ্লেষ্মার উৎপত্তি হয়। পরিশেষে ইহাও বক্তব্য, যে, এই মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ নানাবিধ একজ্যান্থিমিটা বা ত্বকস্ফোটক রোগাবস্থায় উৎপন্ন হইতে পারে।

চিকিৎসা।—মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ চিকিৎসা করিতে হইলে, প্রথমতঃ যে কারণে এই রোগের উৎপত্তি হইয়াছে, তাহা অপনীত করিতে সাধ্যমত চেষ্টা করা বিধেয়। কোন বাহ্যপদার্থ চক্ষুর মধ্যে পতিত হইয়া প্রদাহ উপস্থিত করিলে, এই চেষ্টা সহজেই সম্পাদিত হইতে পারে। কিন্তু সচরাচর যে সকল কারণে, অর্থাৎ অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত ধূলি-সংযোগ, অপকারক বায়ু, এবং রৌদ্র

কিম্বা অপরাপর উত্তেজক পদার্থে অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত চক্ষুর্নিবেশ করিয়া, যদি এই রোগের উৎপত্তি হয়, তবে ঐ সকল ক্ষতিকর দাহদ-কারণ সহজে অপনীত করা, বিশেষতঃ দরিদ্র লোকদিগের পক্ষে বিশেষ কষ্টকর।

চিকিৎসা সময়ে এই রোগের সংক্রামক গুণ বিষয়ে ঔদাস্য করা কোন মতেই বিধেয় নহে। সুতরাং রোগীকে যতদূর পৃথক্ আসনে উপবিষ্ট রাখিতে পারা যায়, ততদূরে রাখাই বিশেষ কর্ত্তব্য। উহার শারীরিক সুস্থতার প্রতি সম্পূর্ণ দৃষ্টি রাখিতে হয়। অপিচ রস-স্রাবী-যন্ত্র সকলকে সচরাচর দূষিত বলিয়া প্রতীয়মান হয়। ব্লু পিল, ব্ল্যাক্ ড্র্যাপট্ এবং কল্‌চিকম্ (Colchicum) সেবন করিলে, ও তৎসঙ্গেং কোনং স্থলে দুই এক দিবস উপবাস দিলে, বিশেষ উপকার দর্শিতে পারে। বিশেষতঃ, রোগী আবাব বাত কিম্বা গেঁটেবাত (Rheumatic or gouty diathesis) রোগপ্রবণ হইলে, উক্ত ঔষধ অপেক্ষাকৃত বিশেষ ফলপ্রদান করিয়া থাকে।

১ গ্রেন্ নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার ১ ঔন্স জলে মিশ্রিত লোশন্ এই রোগের এক মহৎ ঔষধ। উহা প্রত্যহ তিন কিম্বা চারিবার চক্ষুতে ফোটা ফোটা করিয়া দিতে হয়। প্রথম কতিপয় প্রদানে কিঞ্চিৎ যাতনা বোধ হয়, কিন্তু তাহার পর কোন প্রকার যাতনা বা অসুবিধা থাকে না। নাইট্রেট অব্ সিল্‌ভারে উত্তেজনার বৃদ্ধি হইলে, তাহা ব্যবহার না করিয়া, তৎপরিবর্ত্তে কিয়দ্দিন ক্ষীণবল বা অনুগ্র অ্যাসিটেট্ অব্ লেড্ সলিউশন্, অথবা শীতল জল ব্যবহার করা উচিত। এই জল বা ঔষধ, সর্ব্বদা অক্ষিপুটের উপরিভাগে রাখিতে হয়। যাহাহউক, এইরূপ স্থলে কোন প্রকার লাবণিক বিরেচক (Saline purgative) ঔষধ ব্যবহার করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

যদি রোগী অক্ষিপুটে সিলিয়ারি সংক্রান্ত যাতনায় এবং চক্ষুর উত্তেজনায় সমধিক প্রপীড়িত হয়, তবে তাহাকে অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ রাখিয়া, অক্ষিপুটের উপরিভাগে এক্‌ষ্ট্র্যাক্ট্ অব্ বেলাডোনা প্রচুর রূপে মর্দ্দন করিয়া দেওয়া আবশ্যক। চক্ষুতে অনুগ্র সল্‌ফেট্ অব্ য়্যাট্রোপাইন্ সলিউশন্ ফোটা ফোটা করিয়া প্রদান করিলে, বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে। উত্তপ্ত ঢেঁড়ী ফুলের জলে প্রত্যহ

তিন কিম্বা চারিবার উক্ত স্থানে সেক করিতে হয়। আর সেকের পরেই উক্ত বেলাডোনা ব্যবহার করিতে হয়।

অনেকানেক স্থলে, যখন নাইট্রেট্ অব সিল্‌ভার রোগজ লক্ষণসকল উপশম না করিয়া, উত্তেজনার বৃদ্ধি করিতেছে এরূপ বোধ হয়, তখন ৩০ গ্রেণ ট্যানিন্ ১ ঔন্স জলে মিশ্রিত লোশন্ ফোটা ২ করিয়া চক্ষুতে দিলে, বিশেষ ফল দর্শিতে পারে। এই ব্যবস্থায় শয়ন সময়ে অক্ষিপুটের চর্ম্মোপরি বেলাডোনা লেপন করিতে হয়।

ডাক্তার ক্রিচেট্ সাহেব সামান্য মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ রোগ নিবারণের এক উত্তম লোশন্ প্রস্তুত করিয়াছেন। উহা ১ গ্রেন্ জিংক্ ক্লোরাইড্, ১ ঔন্স জলে মিশ্রিত করিয়া প্রস্তুত হয়। ইহা ফোটা২ করিয়া দিবসে দুইবার চক্ষুতে প্রদান করিতে হয়।

যে কোন অবস্থাতে হউক না কেন, এই রোগে শয়ন সময়ে অনাবৃত অক্ষিপুট প্রান্তে গ্লিসিরীণ এবং ষ্টার্চ্ অয়েন্ট্‌মেন্ট্ অথবা অল্প কোল্ড্ ক্রিম্ প্রলেপ দিতে হয়। অথবা ১ ঔন্স সিম্পল্ অয়েন্ট্‌মেন্ট্, ১০ গ্রেণ রেড্ প্রিসিপিটেটের সহিত সংযুক্ত করিয়া, ঐরূপ প্রলেপ করিলেও যথেষ্ট উপকার হয়। অয়েন্ট্‌মেন্ট ব্যবহার করিলে, অক্ষিপুটদ্বয় নিদ্রাকালে পরস্পর সংলগ্ন হইতে পারে না।

কষ্টদায়ক প্রবল লক্ষণসকল অতিক্রামিত হইলেই, নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার ব্যবহার না করিয়া, ২ গ্রেণ য়্যাসিটেট্ অব্ য়্যালম্ ১ ঔন্স জলে মিশ্রিত লোশন্ ব্যবহার করা যাইতে পারে। কর্ম্মকার্য্যাদি হইতে বিরত, এবং সূর্য্যের প্রখর উত্তাপ হইতে সতত অন্তরিত হওয়া আবশ্যক। সূর্য্যের উত্তাপ কিম্বা ধূলিদ্বারা আক্রান্ত হইতে হইলে, নিউট্র্যাল্ বর্ণের (অন্যতর বর্ণাত্মক) চসমা ব্যবহার, বা চক্ষুতে সতত পাত্ল কাপড় বান্ধিয়া রাখা উচিত। কোন প্রকার কৃত্রিম আলোকে কর্ম্ম কার্য্যাদি করা কোনমতেই বৈধ নহে। এই সময়ে যদি সে ক্রমাগত দৃষ্টিসংযোগে চক্ষুকে নিতান্ত ক্লান্ত করিয়া তুলে, তবে এই কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ নিরাময় করা নিতান্ত দুর্ঘট। সুতরাং এই সময়ে চক্ষুকে বিশ্রাম দিয়া, ঔষধাদি ব্যবহার করিতে দেওয়া সৎপরামর্শ সিদ্ধ।

পিউরিউলেন্ট্ (Purulent) কন্‌জংটিভাইটিস্।—ব্যক্তিভেদে এবং দেশভেদে এই ভয়ঙ্কর পীড়ার গাঢ়তার প্রভেদ দেখিতে পাওয়া যায়।—যাহারা নিতান্ত দরিদ্র, যাহারা কদর্য্য আহার দ্বারা জীবিকা

নির্ব্বাহ করে, এবং যাহারা অনবরতঃ রোগগ্রস্ত হইয়া শারীরিক দৌর্ব্বল্যভোগ করিতে থাকে, তাহাদের পক্ষে এই রোগ সম্পূর্ণ চক্ষু-র্বিনাশক। কিন্তু যে কোন অবস্থাক্রান্ত হউক না কেন, সচরাচর কর্ণিয়া বিচ্যুত (Sloughing) এবং দৃষ্টি সম্পূর্ণ বা অসম্পূর্ণ বিনষ্ট না হইয়া, রোগের উপশম হয় না।

সংপ্রাপ্তি ও লক্ষণ।—পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে যে, মিউকো-পিউ-রিউলেণ্ট্ রোগের নিঃশেষ ও এই পূয়োৎপাদক পিউরিউলেণ্ট্ কন্-জংটিভাইটিসের আরম্ভ, প্রভিন্নরূপে নির্ণয় করা নিতান্ত দুঃসাধ্য, এবং এই পূয়োৎপাদক কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ মিউকো-পিউরিউলেণ্ট্ রোগা-পেক্ষা কিঞ্চিৎ গাঢ়তর অবস্থা মাত্র। সকলপ্রকার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের প্রথমাবস্থায় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী আরক্তিম হইয়া, সত্বর মিউকো-পিউরিউলেণ্ট্ আকার ধারণ করে। কিন্তু এই প্রদাহ হইতে, পূয়োৎ-পত্তি হইবেক কি না, তাহা প্রথমাবস্থায়, নিশ্চিত বলা অত্যন্ত অসম্ভব। অনেক স্থলে কয়েক ঘন্টার মধ্যেই এই সন্দেহ অপনীত হইয়া থাকে। বাস্তবিক মেহজ বা অন্য কোন প্রকার সংক্রামক বীজ চক্ষুতে সংস্পৃষ্ট হইলে যে রোগ উৎপন্ন হয়, তাহাতে গাঢ় প্রদাহের লক্ষণ সকল অতি সত্বর প্রকাশিত হইতে থাকে। এমত সকল স্থলে উক্ত পীড়ার দুর্দম্য প্রকৃতি বিষয়ে, লক্ষণ সকল দেখিয়া আমাদের কোন প্রকার সন্দেহ থাকে না।

পিউরিউলেণ্ট্ প্রদাহাক্রান্ত চক্ষুর কন্‌জংটাইভ্যাল্ রক্তবহা-নাড়ী-গণের শোণিত-সঞ্চালনাভাব প্রযুক্ত, তথায় কোনং বলবৎ পরিবর্ত্তন আসিয়া উপস্থিত হয়, সেই পরিবর্ত্তনক্রমে অতিরিক্ত কোষ বা ছিদ্রোৎপত্তি হইয়া থাকে। অপিচ রক্তাধিক্য প্রযুক্ত অক্ষিপুটদ্বয়ের শিথিল সংযোজক-ঝিল্লী হইতে অপরিমিত সিরস ইন্‌ফিল্‌ট্রেশন্ বা মাস্তুকানুপ্রবেশ (Serous infiltration) সম্পাদিত হয়। এই সকল কারণ সংঘটিত হওয়ায় উক্ত স্থান স্ফীত এবং রসস্ফীত (Œdema) হইয়া পড়ে। পূর্ব্বোক্ত ক্যাটার‍্যাল্ কন্‌জংটিভাইটিস রোগজ সম্প্রাপ্তিক লক্ষণাপেক্ষা, এবম্বিধ সংপ্রাপ্তিক লক্ষণ সকল অতিশয় গভীরস্থায়ী ও গাঢ় সন্নিবিষ্ট। কিন্তু উহাদের জাতিগত পরস্পর সৌসাদৃশ্য আছে। মাস্তুকানুপ্রবেশন অপেক্ষাকৃত গভীরস্থরূপ হইয়া থাকে। অপিচ পূর্ব্বোক্ত ছিদ্রগুলি সত্বর সংখ্যায় বর্দ্ধিত হয় বলিয়া, তাহারা অসম্পূর্ণ হইয়া পড়ে, ও মেদাপকৃষ্টতাতে পরিবর্ত্তিত হইতে অনুধাবিত হয়।

অতএব বুঝা যাইতেছে, যে, উক্ত রসস্রাবে (Secretion) অধিকতর ছিদ্রোৎপাদক ভূতপদার্থ আছে। অন্তঃকোষিকভিত্তি (Inter-cellular basis) অপেক্ষাকৃত ভঙ্গুর। অপরিমিত পূয় এবং অল্পসংখ্যক শ্লৈষ্মিক কোষও দেখিতে পাওয়া যায়। ফেনাকার রস সমষ্টি বিনষ্ট হওয়ায়, রসস্রাবের পিচ্ছিলতা লাঘব হইয়া, তাহা সহজেই অশ্রুর সহিত মিশ্রিত হয়।

এই রোগে অক্ষিপুটদ্বয় যে আয়তনে স্ফীত হয়, তাহা দেখিয়া রোগের অশুভাতিশয্য কোন ক্রমেই নির্ণীত হইতে পারে না। আমি অনেক স্থলে অক্ষিপুটদ্বয়কে অত্যল্প পরিমাণে স্ফীত ও তথাপি কর্ণিয়াকে অতি সত্বরই বিচ্যুত হইতে দেখিয়াছি। অক্ষিপুট অধিক পরিমাণে স্ফীত হউক আর না হউক, উহা স্পর্শ করিলে, কোমল এবং কাথযুক্ত বোধ হয়। কিন্তু ডিফ্‌থারিটিক্‌ কনজংটিভাইটিস্‌ রোগের ন্যায় কঠিন পাটলবর্ণ হয় না। আর এই পিউরিউলেন্ট কনজংটিভাইটিস্‌ রোগে অনেক স্থলে রোগীর অক্ষিপুট, বিশেষতঃ ঊর্দ্ধাক্ষিপুট এত স্ফীত হয় যে, উহা উল্‌টাইতে গেলে সম্পূর্ণ ক্লেশ প্রদান করিয়া থাকে, সুতরাং তদ্বিপরীত বিবেচনা করিয়া উহাদিগকে উল্টাইবার চেষ্টা করা সম্পূর্ণ ভ্রম মাত্র *। গ্রন্থকারগণ রোগীর ক্লেশের প্রতি দৃষ্টিপাত না করিয়া, এইরোগে অক্ষিপুট উল্টাইয়া প্যাল্‌পিব্র্যাল্‌ কনজংটাইভাতে কষ্টিক্‌ প্রদান করিতে সতত উপদেশ দিয়া থাকেন। ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব তন্নিমিত্তই এস্থানে প্রাগুক্ত বিষয়ের উল্লেখ করিয়াছেন। তাঁহার যতদূর অভিজ্ঞতা আছে, তাহাতে তিনি উহা কখনই বৈধ বলিয়া বোধ করেন না। ইহা এত কষ্টকর যে, অত্যল্প যুবকমাত্র এই ক্লেশ সহ্য করিতে সমর্থ হয়েন। তিনি এমত কোন বালককে দেখেন নাই যে, সে একবার এই ঔষধ গ্রহণ করিয়া, পুনরায় গ্রহণ করিতে সাহস প্রকাশ করিয়াছে।

এই রোগে কন্‌জংটাইভার রক্তবহা-নাড়ীগণ এত সত্বর আরক্তিম হইয়া উঠে, যে মিবোমিয়ান্‌ গ্ল্যাণ্ড সকল স্ফীত ও মকমল-দৃশ্য শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর দ্বারা সত্বর সংগুপ্ত হইয়া পড়ে। অর্বিট্যাল্‌ও প্যাল্‌পিব্র্যাল্‌ উভয় কন্‌জংটাইভাই জবাফুলের ন্যায় সমভাবে গাঢ় লোহিত বর্ণ হয়।

এই শেষোক্ত কন্‌জংটাইভা স্ফীত ভিলাই দ্বারা সমাবৃত হয় বলিয়া, উহা পূর্ব্ব বর্ণিত মকমলের ন্যায় দেখায়। কোন কোন স্থলে

* "Augenheilkunde," von K. Stellwag v. Carion, p. 354.

ভিলাই গুলি অক্ষিগোলক হইতে প্রতিচাপ প্রাপ্ত হইয়া চাপিত ও গোলাকার হয়। প্যালপিব্র্যাল্ কন্‌জংটাইভাতে কিঞ্চিৎ দানাযুক্ত ক্ষতও (Granulating sore) প্রতীয়মান হয়।

কোন২ স্থলে কন্‌জংটাইভার সংযোজক ঝিল্লীতে মাস্কুকোৎপ্রবেশের আধিক্য হওয়ায়, উক্ত মেম্ব্রেণ এত স্ফীত হইয়া পড়ে যে, অক্ষিপুটদ্বয় অক্ষিগোলক হইতে দূরে বিক্ষিপ্ত হইয়া যায়। কিন্তু অর্বিকিউলারিস পেশী সকল দ্বারা দৃঢ়রূপে আকর্ষিত হওয়ায়, উহারা কিছুকালের নিমিত্ত উল্টাইয়া যাইতে পারে না। সে যাহাহউক, পরিশেষে অভ্যন্তর হইতে যে প্রসারিকা শক্তি আইসে, তাহা বলবতী হইয়া, অক্ষিপুটকে পরীক্ষা করিতে হইলে যেরূপ উল্টাইতে হয়, ঠিক্ সেইরূপে পশ্চাদ্দিগে উল্টাইয়া রাখে। ইহাতে প্রবল ইক্‌ট্রোপিয়ম রোগের উৎপত্তি হইয়া পড়ে। যুবা ব্যক্তি অপেক্ষা বালকদিগেরই এই ঘটনা সর্ব্বদা ঘটিয়া থাকে। মূর্খ, অজ্ঞানান্ধ ও কার্য্য-তৎপর রোগীরা প্রায়ই, বিশেষতঃ রাত্রিকালে, চক্ষুতে লোশন্ প্রদান করিবার সময়, তাহাদের স্ফীত অক্ষিপুট উল্টাইয়া ফেলে। কয়েক ঘন্টা পর্য্যন্ত তাহারা এই দুর্ঘটনার বিষয় কিছুই অবগত হয় না, এবং ইতিমধ্যে অর্বিকিউলারিস পেশী-সকল, যেস্থান হইতে অক্ষিপুট উল্টাইতে আরম্ভ হয় তথায় দৃঢ়রূপে দলবদ্ধ হইয়া, গাঢ় প্রতিচাপ প্রদান করতঃ, অক্ষিপুটের যে অংশ উল্টাইয়া গিয়াছে, তাহাতে রক্তসঞ্চালনের প্রতিরোধ প্রদান করিয়া থাকে। সুতরাং এই ইক্‌ট্রোপিয়ম্ সত্বর অপনীত না হইলে, ও অক্ষিপুট তাহার প্রকৃত অবস্থা প্রাপ্ত না হইলে, কন্‌জংটাইভা বিচ্যুত হইয়া পড়ে এবং চক্ষুর অনিবার্য্য চিরবিপদ সংঘটিত হইতে পারে।

কন্‌জংটাইভার স্ফীত অবস্থা প্রযুক্ত অন্য এক লক্ষণের আবির্ভাব হয়। রোগের প্রথমাবস্থায় পংটম্ গুলি মুদিত ও অক্ষিগোলক হইতে দূরক্ষিপ্ত হইয়া পড়ে, সুতরাং তন্মধ্য দিয়া অশ্রু বহির্গত হইতে পারে না। এই ঘটনা প্রযুক্ত এবং ল্যাক্রিম্যাল্ গ্ল্যাণ্ড হইতে অতিরিক্ত জলবৎ রসস্রাব হওয়ায়, অপাঙ্গ দেশ হইতে অনবরতঃ অতিরিক্ত জল নির্গত হইয়া, গণ্ডদেশ দিয়া প্রবাহিত হওতঃ রোগীকে বিলক্ষণ অসুবিধা প্রদান করিয়া থাকে।

পূর্ব্বেই উক্ত হইয়াছে যে, মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে কন্‌জংটাইভাতে সচরাচর ইকাইমোসিসের ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র লোহিত-বর্ণ কলঙ্ক দেখা যায়। কিন্তু পিউরিউলেন্ট্ রোগে এই সকল রক্ত-

স্রাবিক (Hæmorrhagic) উৎপ্রবেশন অগণনীয় ও সচরাচর বৃহদাকার। ইহারা এই পূয়োৎপাদক রোগসমূহে, রক্তবহানাড়ী সকলের গাঢ় আরক্তিমতা প্রযুক্ত সম্পূর্ণ সম্ভাবিত হইতে পারে, এরূপ প্রত্যাশা করা যায়। যাহাহউক, এই ইকাইমোসিসকে সামান্য বিষয় বলিতে হইবেক। কারণ প্রদাহ ক্রিয়া রহিত হইলেই স্রস্ত শোণিত সত্বরে চতুঃপার্শ্বে মিলাইতে বা অবসৃত হইতে আরম্ভ হইয়া থাকে।

রোগের বৃদ্ধি ও প্রকৃতি অনুসারে, কনজংটাইভা হইতে নিঃসৃত ক্লেদেরও প্রভেদ হইয়া থাকে। প্রথমতঃ উহা জলবৎ থাকে, পরে মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ ক্লেদময় হয়, এবং পরিশেষে রক্তাক্ত পূয়বিশিষ্ট হইয়া থাকে। অনেক স্থলে পূয়পরিমাণ অতিরিক্ত বলিয়া বোধ হয় না; এবং অক্ষিপুটদ্বয়কে পরস্পর সংযোগচ্যুত করিলেই যে, অপরিমিত পূয আসিয়া বহির্গত হইবেক, এরূপ প্রত্যাশাও করা যাইতে পারে না। কিন্তু কোন২ স্থলে এইরূপ দৃষ্টিগোচরও হইয়া থাকে।

পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে কন্‌জংটাইভাতে যে সকল পরিবর্ত্তন ঘটিয়া থাকে, অক্ষিপুটের তাপাধিক্য দ্বারা তাহার উৎকটতা একবিধ সূক্ষ্মরূপে নির্ণীত হইতে পারে। আমাদের চর্ম্মের স্বাভাবিক তাপাপেক্ষা এই তাপ কত ডিগ্রী অধিক তাহা তাপ-মান যন্ত্রদ্বারা অনায়াসেই পরিজ্ঞাত হইতে পারা যায়। মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ এবং তদপেক্ষা স্বল্পাক্রান্ত কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে, অক্ষিপুটে কোন রূপ তাপাধিক্য অনুভব করা যায় না।

পূর্ব্বেই উক্ত হইয়াছে যে, পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের আরম্ভ হইতে আটচল্লিশ ঘন্টার মধ্যে, তথায় পূয়োৎপত্তি হইতে আরম্ভ হয়; সুতরাং এই পীড়ার প্রথমাবস্থা অত্যল্পকাল স্থায়ী মাত্র। ডিফ্‌থারিটিক্ কন্‌জংটিভাইটিস্ হইতে এই রোগের প্রভেদ নির্ণীত হইবার এই ঘটনাই প্রধান লক্ষণ। ডিফ্‌থারিটিক্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে যত দিন পর্য্যন্ত না ফিব্রিনস্ এক্‌জুডেশন্ বা তন্ত্রিনির্য্যাস (Fibrinous exudation বিকৃত হইতে আরম্ভ হইয়া পৃথক্ ভূত হয়, তত দিন পর্য্যন্ত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর উপরিভাগ হইতে কোন প্রকার ক্লেদস্রাব হইতে দেখা যায় না। বিকৃত হইয়া পৃথগ্‌ভূত হইবার এই সময়, সচরাচর পাঁচ দিনের অনতিরিক্ত কাল নহে।

পিউরিউলেন্ট কনজংটিভাইটিস্ রোগের পূয় যে সংক্রামক, তদ্বিষয়ে কোনরূপই দ্বিধা উপস্থিত হইতে পারে না। এই কারণেই একটী

চক্ষু পীড়িত হইলে, অপর চক্ষুতে পূয় সঞ্চালিত হইয়া তাহাকেও পীড়িত করে। কিন্তু দৃঢ় যত্ন করিলে, এই বিপদঘটনা হইতে রক্ষা পাওয়া যায়।

কর্ণিয়া সম্বন্ধীয় রোগ-সঞ্চরণ-অবস্থা।—পিউরিউলেন্ট্ কন্জংটিভাইটিস্ রোগের গুরুতর স্থলে, রক্ত প্রদাহকারণে স্থগিত হইয়া, কন্জংটাইভাতে সঞ্চালিত হইতে পায় না। অপিচ স্ফীত কন্জংটাইভা আসিয়া কর্ণিয়ার চতুঃপার্শ্ব আবৃত করে, এবং অনেকানেক স্থলে কিমোসিস এত অতিরিক্ত হয়, যে কর্ণিয়া চতুঃপার্শ্ববর্ত্তী লোহিতবর্ণ মিউকস্ মেম্বেণ স্তরসকলে নিমগ্ন হইয়া পড়ে। কন্জংটাইভাতে এই রসোৎপ্রবেশ হওয়ায়, উহা তদভ্যন্তরস্থ গভীর রক্তবহানাড়ী-স্তর মধ্যে শোণিত সঞ্চালনের ব্যাঘাতাধিক্য জন্মায়। এই সকল সমবেত কারণে কর্ণিয়ায় প্রান্তবর্ত্তী স্থলে রক্ত গতায়াতের যথেষ্ট বাধা জন্মিয়া থাকে। উক্ত স্থান পরিপোষক পদার্থ বিরহিত হয়; এবং কর্ণিয়াতে সচরাচর অতি শীঘ্রই ক্ষত এবং নিক্রোসিস্ উৎপন্ন হইয়া থাকে *।

অতএব কিমোসিস্ আক্রান্ত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর তলবর্ত্তী কর্ণিয়ার অবস্থা পরিজ্ঞানের নিমিত্ত, কন্জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত চক্ষু যত্নপূর্ব্বক পরীক্ষা করা অতীব প্রয়োজনীয়। সচরাচর এইরূপ স্থলে অক্ষিপুট উন্মীলিত করিতে অতিশয় কষ্ট হয়। উভয়াক্ষিপুটই, বিশেষতঃ ঊর্দ্ধাক্ষিপুট সচরাচর যে কেবল স্ফীত হয় এমত নহে, চক্ষু পরীক্ষা করিবার সময় আলোক প্রবেশ করিতে গেলে, রোগী অনিচ্ছাপূর্ব্বক তাহা প্রতিবাদ করিয়া থাকে। এইসকল অবস্থায় রোগীকে, বিশেষতঃ বালকদিগকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীনে আনিতে ক্ষণবিলম্ব করাও বৈধ হয় না। রোগীর দৃষ্টির বিনাশ ও স্থিতি, এই আমাদের প্রথম পরীক্ষায় প্রয়োজিত যত্নের উপর নির্ভর করে। কর্ণিয়াতে গভীর ক্ষত থাকিতে পারে বলিয়া,

---

* অধ্যাপক ষ্টেল্ওয়াগ্ সাহেবের মতে, পিউরিউলেন্ট্ ভাইরস্ (Purulent virus) অর্থাৎ ক্লেদাত্মক বিষের স্পর্শ দ্বারা ক্ষত প্রক্রিয়ার বৃদ্ধি সাধিত হইয়া থাকে, এবং উহা উক্ত প্রক্রিয়ার আনুষঙ্গিক (Accessory) কারণ। তিনি বলেন, প্রকৃত ক্লেদরস স্রাবের সহিত উক্ত ক্ষত কারক প্রক্রিয়ার কতক সামীপ্য সম্বন্ধ আছে। এবং উহার ক্রিয়া কর্ণিয়ার উপাদানে একপ্রকার পরিবর্ত্তন-কার্য্য (Decomposing action) দ্বারা উত্তেজন অথবা আনুকূল্য প্রাপ্ত হইতে পারে।"

অক্ষিপুটের উপরিভাগে প্রতিচাপ দেওয়া বা উহাকে আকর্ষণ করা কখনই উচিত হয় না। কর্ণিয়াতে ক্ষত থাকিলে, চিকিৎসক অজ্ঞাতরূপে অক্ষিগোলকে প্রতিচাপ প্রদান ও তৎপ্রযুক্ত ক্ষতস্থান ছিন্ন করিয়া, রোগের সম্পূর্ণ বৃদ্ধি করিয়া তুলেন। এইরূপে চক্ষুর অনিবার্য্য ক্ষতি উপস্থিত হইয়া থাকে। যাহাহউক পরীক্ষা আরম্ভ করিবার অন্ততঃ পাঁচমিনিট্ কাল পূর্ব্বে রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীনে আনিলে, এই দুর্দ্দৈব ঘটনা কখনই সংঘটিত হইতে পারে না।

পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে কর্ণিয়া যে সত্তত বিনষ্ট হইতে পারে, তাহাই এক প্রধানতম ও ভয়প্রদ দুর্ঘটনা বলিয়া, প্রধানতঃ এই নির্ম্মাণে আমাদের মনোযোগ করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

কখনং কর্ণিয়ার সকল স্থানের মলিন অবস্থা দেখিয়া, এই ভয়ঙ্কর দুর্ঘটনার প্রারম্ভকাল নির্ণীত হয়। কিন্তু সচরাচর কর্ণিয়ার পরিধিভাগে এক বা তদধিক পাংশুবর্ণ কলঙ্কের উদয় দেখিতে পাওয়া যায়। পরে কিমোসিস্ প্রাপ্ত কন্‌জংটাইভার তলবর্ত্তী কর্ণিয়ার প্রান্তভাগে ক্ষত হইতে আরম্ভ হয়; *সুতরাং স্ফীত মিউকস্ মেম্বেণকে পশ্চাদ্দিগে না* ঠেলিয়া ধরিলে, উক্ত বর্দ্ধমান ধ্বংস কখনই দৃষ্টিগোচর হয় না। যাহাহউক, এই ক্ষতসকল ক্রমশঃ বর্দ্ধিত হইলে, পরিশেষে কর্ণিয়া ছিদ্রিত হইয়া যায়, এবং আইরিস বহির্গত (Prolapse) হইয়া পড়ে। আর কর্ণিয়ার কেন্দ্রস্থল এই রোগের আদ্যন্ত কাল পর্য্যন্ত উজ্জ্বল ও পরিস্ফুত দেখা যায়।

কোন কোন স্থলে, কর্ণিয়ার সমুদায় পরিধিপ্রান্ত সম্পূর্ণ ক্ষত বিশিষ্ট হওয়ায়, কেন্দ্রস্থলের পরিপোষণ স্থগিত হয়। সুতরাং উহা *মলিন ও নিক্রোসিস্ অর্থাৎ পূতি সম্পন্ন হইয়া পড়ে*, এবং *পরিশেষে* কর্ণিয়ার একস্থান উদ্ভিন্ন হইয়া, তথা হইতে বোধ হয় অক্ষিগোলকের অধিকাংশ আভ্যন্তরীণ-পদার্থ নিঃসৃত হইতে পারে। এই সকল পরিবর্ত্তন এত সত্বর সম্পাদিত হইতে দেখা যায়, যে, প্রাতঃকালে যে কর্ণিয়া উজ্জ্বল ও অতি পরিষ্কার থাকে, অপরাহ্ণে তাহা মলিন হইয়া পড়ে, এবং এমত কি, পরদিন উহা একেবারে বিচ্যুত হইতেও পারে। এই কার্য্যপরম্পরা যে অত্যল্প সময়ের মধ্যেই সম্পাদিত হয়, এমত নহে, কারণ, কিমোসিস্ প্রাপ্ত কন্‌জংটাইভাকে পশ্চাদ্দিকে প্রক্ষিপ্ত করিয়া, কর্ণিয়ার প্রান্তভাগ পরীক্ষা করিলে, ইহা সম্পূর্ণ বোধ ও দৃষ্টিগোচর

হয় যে, কর্ণিয়ার পরিধিভাগ পূর্ব্ববর্ণিতরূপে গভীর ক্ষত বিশিষ্ট হইয়াছে।

অপরন্তু, আর কোন কোন স্থলে, এই রোগের প্রথমাবস্থায় পূয়োৎপাদক কেরাটাইটিস্ (Keratitis) বা কর্ণিয়া-প্রদাহ রোগ দৃষ্ট হয়। কর্ণিয়া প্রসিদ্ধ ও ভয়প্রদ ধৌত-কার্য্যোপযোগী আর্দ্র সংস্কৃত চর্ম্মের আকৃতি ধারণ করে। যাহা হউক, এই ভয়ঙ্কর ও হতাশজনক অবস্থা একবার মাত্র দর্শন করিলে দ্বিতীয়বারে সহজেই চিনিতে পারা যায়।

পরিশেষে অপরাপর কতিপয় স্থলে, কর্ণিয়া যেন কার্বনেট্ অব্ লেড্ সলিউশনে রঞ্জিত বলিয়া প্রতীয়মান হয়। উহার বর্ণ ঈষৎ গোলাপী শুক্ল; এবং উহা নাতিস্বচ্ছ। বোধ হয়, কর্ণিয়ার সৌত্রিক উপাদান বা ভূত-পদার্থের মেদাপকর্ষ প্রযুক্ত, এই সকল পবিবর্ত্তন ঘটিয়া থাকে, এবং এই অপকর্ষ প্রযুক্ত উক্ত উপাদানসমূহের পরস্পব সংশ্লেষ বিনষ্ট হয়, ও উহারা চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ আর সহ্য করিতে পারে না। এইরূপে কর্ণিয়া, বিশেষতঃ উহার কেন্দ্রস্থল, শিথিল হইয়া সম্মুখদিকে উন্নত হইয়া উঠে; এবং পরিশেষে অতিবর্দ্ধিত মূত্রশিয়ের (Bladder) ন্যায় স্ফুটিত হইয়া যায়। এই স্ফুটিত স্থানের মধ্য দিয়া আইরিসের একটী বৃহৎ হার্নিয়া বা বৃদ্ধি (Hernia) দেখিতে পাওয়া যায়। এইরূপ স্থলসকলে রোগজ লক্ষণ সকলের প্রবলতা অনুভূত হয় না। কিমোসিস্ এই রোগের প্রধান লক্ষণ নহে, এবং এই রোগে চক্ষু হইতে অধিকতর ক্লেদ নিঃসৃত হয় না। কিন্তু উক্ত অপকর্ষক পরিবর্ত্তন ক্রমশঃ কর্ণিয়ার সৌত্রিক-বিধানে সমুপস্থিত হইয়া, এই সপিউরেটিভ্ বা পূয়োৎপাদক কন্জংটিভাইটিস্ রোগের সহোৎপন্ন ভয়ঙ্কব বিপদাবহ অবস্থা প্রকাশ করে।

উপর্য্যুক্ত কোন উপায় দ্বারা কর্ণিয়া বিনষ্ট হইবার অব্যবহিত পরেই, রোগী আপনাকে বিলক্ষণ সুস্থ বোধ করে। চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ না থাকায় কষ্টের উপশম হইয়া পড়ে। অল্প পরিমাণে ক্লেদস্রাব হয়; এবং রোগীর মনে দৃঢ় বিশ্বাস হয় যে, সে ক্রমশঃ নিরাময় হইয়া আসিতেছে; কিন্তু তাহা নহে। মিষ্টার ডিক্সন সাহেব লেখেন যে, এরূপ স্থলে চিকিৎসক স্থির করেন যে, তাঁহার রোগীর দৃষ্টিশক্তি একেবারে বিনষ্ট হইয়া গিয়াছে। উক্ত সাহেব আরো বলেন যে, কর্ণিয়ার কোন অংশ যত দিন পর্য্যন্ত স্বভাবস্থ থাকে, তত দিন পর্য্যন্ত এই রোগ দুরারোগ্য বলিয়া হতাশ্বাসের সহিত উহাকে অচিকিৎসিত রাখা

কখনই বৈধ হয় না। কারণ, যদি কর্ণিয়ার অত্যাল্প অংশ, এমন কি এক-চতুর্থাংশেরও অনতিরিক্ত অংশ, বিনাশ হইতে রক্ষা করিতে পারা যায়, এবং যদি তাহাতে স্বচ্ছতা থাকে, তবে কৃত্রিম কনীনিকা-সহযোগে ব্যবহারোপযোগী দৃষ্টিলাভ করিতে পারা যায় *। এতদ্বিষয়ে ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেবের মত সম্পূর্ণ সন্তোষজনক। এই মতেরই প্রতিপোষণ করিবার নিমিত্ত, তিনি বলেন যে, যদি রোগী শারীরিক সুস্থাবস্থায় থাকে, এবং রোগের প্রথম অবস্থাতেই যদি আমাদের নিকট আইসে, ও আমাদের পরবর্ণিত ব্যবস্থায় যত্নপূর্ব্বক অনুবর্ত্তী হয়, তবে পিউরিউলেন্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগের অতিমন্দ-তমাবস্থাতেও কর্ণিয়া অতিকদাচিৎ ধ্বংস হইয়া যায়।

রোগজলক্ষণ।—এই রোগের প্রারম্ভ কালে, বালুকা বা ধূলি যেন চক্ষুর মধ্যে প্রবিষ্ট হইয়াছে, এতদ্বোধে চক্ষু কণ্ডূয়িত হইতে থাকে। কিন্তু এই লক্ষণ রোগের প্রথম অবস্থার ক্ষণিক অনুরূপ মাত্র। ঐ অবস্থা ছত্রিশ ঘন্টার অনতিরিক্ত কাল স্থায়ী নহে।

দ্বিতীয় অবস্থায়, অক্ষিপুটের কিমোসিস্ এবং স্ফীতি অপরিমিত দেখিতে পাওয়া যায়। যন্ত্রণা সতত অতি প্রবল থাকে। কিন্তু উহা স্ফীতাবস্থানুযায়ী অবিরত অপরিমিত নহে। চক্ষুর গভীরতর নির্ম্মাণ যে পরিমাণে স্ফীত হয়, এবং রোগীর যেরূপ ধাতু, উহা তদনুসারেই হইয়া থাকে। গুরুতর পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের সকল স্থলেই, চক্ষুর যন্ত্রণা সতত ললাটদেশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত থাকে। আর রোগী যেসকল লক্ষণের কথা সর্ব্বপ্রথমে আমাদের নিকট অভিযোগ করে, ইহাও তন্মধ্যে একটী লক্ষণ। সচরাচর শয়ন সময়েই এই যাতনার বৃদ্ধি হয়, এবং পূয়াবস্থা পর্য্যন্তও বিদ্যমান থাকে। রোগারম্ভের দশম দিবসে হঠাৎ এই যাতনা রহিত হয়। বোধ হয়, কর্ণিয়া ছিদ্রিত হইয়া চক্ষুর আভ্যন্তরীণ অধিকাংশ পদার্থ নিঃসৃত হইয়া পড়ে বলিয়াই, এই ঘটনা অনুভূত হইয়া থাকে। যাহাহউক, যে মুহূর্ত্তে চক্ষুর এই আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ বহির্গত হইয়া যায়, সেই মুহূর্ত্ত হইতেই রোগী বিলক্ষণ শান্তিবোধ করিতে থাকে।

পীড়ার স্বল্পতা বা গাঢ়তানুসারে যাতনার হ্রাসবৃদ্ধি হইয়া থাকে। প্রথমোক্ত স্থলে যাতনা প্রায়ই থাকে না, কেবল রোগীর অক্ষিপুট,

* "A Guide to the Practical Study of Diseases of the Eye," by J. Dixon, p. 49

বিশেষতঃ উর্দ্ধাক্ষিপুট কামড়াইতে থাকে। অপিচ এবম্বিধ স্থলে বাহ্য-প্রদাহক্রিয়া এত গুরুতর হয় না যে, তদ্দ্বারা কোরইডে শোণিত সঞ্চালনের প্রতিবাধ জন্মে, সুতরাং এই রোগের গুরুতর স্থলে, যেরূপ সিলিয়ারি স্নায়ুগণ পীড়িত হয় এবং চক্ষুতে গাঢ়যন্ত্রণা বোধ হয়, এই রূপ স্থলসকলে তদ্রূপ কোনবিধ স্পষ্ট লক্ষণ প্রতীয়মান হয় না। *

সাধারণতঃ সপিউরেটিভ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে যেসকল শারীরিক আবেগ ঘটিয়া থাকে, তাহারা অতিশয় সামান্য। ইহাতে অল্প অল্প জ্বর হয় বটে, কিন্তু ডিফ্‌থারিটিক্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে যদ্রূপ হইয়া থাকে, তদ্রূপ গুরুতর বা লক্ষ্য করিবার যোগ্য নহে। মনশ্চাঞ্চল্য এবং চক্ষুর যন্ত্রণা প্রযুক্ত রোগী সর্ব্বদা বিশ্রামশূন্যতা ও নিদ্রারাহিত্য ভোগ-কবতঃ, চিকিৎসকের নিকট তদ্বিষয়ক অভিযোগ করে।

গুরুতর স্থল সকলে, আলোক স্পষ্ট অসহ্য বলিয়া বোধ হয়, এবং যদিও অক্ষিপুট সমধিক স্ফীত হইয়া চক্ষুকে মুদিত করিয়া রাখে, তথাপি রোগী অন্ধকার গৃহে বাস করিতে নিতান্ত অভিলাষ করে। তাহাকে আলোকাভিমুখে আনয়ন করিলে, তৎক্ষণাৎ তাহার চক্ষু হইতে অক্ষি-পুট মধ্য দিয়া, অশ্রুস্রোত প্রবাহিত হইতে থাকে, এবং চক্ষুর যন্ত্রণার আধিক্য হইয়া উঠে। যেসকল স্থল তত গুরুতর নহে, তাহাতে রোগী অত্যাল্পক্ষণ আলোক সহ্য করিলে, অধিক যন্ত্রণা অনুভব করে না। কিন্তু অন্ধকার গৃহে অবস্থান মনোনীত করে। তাহার পক্ষে চক্ষুতে যত অল্প আলোক আসা সম্ভব ততই উত্তম। মন্দরূপে আক্রান্ত পিউরিউলেণ্ট্ রোগের দ্বিতীয় অবস্থায়, রোগীর মুখাকৃতি দেখিলে রোগের প্রকৃতি অনায়াসেই অবধারিত হয়। মুখ বিবর্ণ হয়, এবং আকৃতি দেখিলেই তাহার যাতনা ও ক্লেশ বোধগম্য হইয়া পড়ে। দৃষ্টি-হীনতা-প্রযুক্ত সে পথদর্শক দ্বারা চালিত হইয়া গমনাগমন করে। অক্ষিপুট অধিক বা অল্প পরিমাণে আরক্তিম ও স্ফীত হয়, ও তাহাদের অনাবৃত প্রান্ত-ভাগ সচরাচর গাঢ় লোহিতবর্ণ দেখায়, এবং তদুভয় মধ্যদিয়া সতত পূয নির্গত হইতে থাকে। চক্ষুতে অধিক আলোক না লাগিতে পারে, এই নিমিত্ত রোগী সর্ব্বদা করপুট বা তদ্‌গত রুমালদ্বারা চক্ষু আবৃত করিয়া রাখে। যাহাহউক, উভয় চক্ষুই যে একেবারে পীড়িত হয় এমত নহে। কিন্তু সুস্থ চক্ষু আলোকে উন্মীলিত থাকিলে, তদ্দ্বারা

---

* Middlemore, "Treatise on Diseases of the Eye," Vol. i. p. 116

পীড়িত চক্ষুর যথেষ্ট যন্ত্রণা বোধ হয় বলিয়া, রোগী তাহাও সতত মুদিত করিয়া রাখে। অক্ষিপুট উন্মীলিত করিলে কনজংটাইভার যে আকার দৃষ্ট হয়, তাহা পূর্ব্বেই বর্ণিত হইয়াছে।

ভাবিফলতত্ত্ব। (Prognosis)—এই রোগের ভাবিফল নির্ণয় করিতে হইলে, বিশেষ মনোযোগ সহকারে কর্ণিয়ার অবস্থাই প্রধানতঃ দেখিতে হয়। যদি উহা উজ্জ্বল ও পরিষ্কৃত থাকে, এবং উহার পরিধিভাগে যদি কোন ক্ষত উৎপন্ন না হইয়া থাকে, ও রোগী যদি শারীরিক সুস্থ থাকে, তবে এই রোগের ভাবিফল নির্ব্বিবাদে উত্তমতায় পরিণত হয়। অন্য পক্ষে, ক্ষত উৎপন্ন হইয়া থাকিলে, রোগোপশম বিষয়ে সাবধান পূর্ব্বক মত প্রকাশ করিতে হয়। আর কর্ণিয়া পচিয়া বিচ্যুত হইতে আরম্ভ হইলে, আমরা রোগোপশম বিষয়ে কোন প্রকার স্থির আশ্বাস প্রদান করিতে পারি না, তবে তিনি পীড়িত চক্ষুতে কিঞ্চিৎ দৃষ্টি পুনঃপ্রাপ্ত হইতে পারেন, এরূপ বলিতে পারি। কিন্তু তাহা অসম্পূর্ণ ও অস্পষ্ট।

ভাবিফল নির্ণয় করিবার সময় আমাদিগের সতত স্মরণ রাখা উচিত যে, এই পিউরিউলেন্ট্ রোগ পুনঃপুনঃ আক্রমিত হইতে পারে। রোগী বাহ্যতঃ বিলক্ষণ উপশমপথে অধিরোহণ করিয়াছেন, এমত সময়ে সমুদায় মন্দতম লক্ষণগুলি সহসা প্রত্যাবৃত্ত হইয়া, তাঁহার নিঃশেষ-নিরাময়-পথে কন্টকারোপণ করে। যে সকল রোগ বাহ্যিক সামান্য বলিয়া বোধ হয়, তাহাও এইরূপে প্রত্যাবৃত্ত হইতে দেখা-গিয়াছে, এবং উপশমার্থে যথেষ্ট চেষ্টা করিলেও উহা চক্ষুকে নিতান্ত অকর্ম্মণ্য না করিয়া নিঃশেষিত হয় নাই।

কারণ।—এই রোগ সংক্রামিত হইয়াই অধিকাংশ উৎপন্ন হয়। অপর ব্যক্তির চক্ষুজ স্পর্শাক্রামক-ক্লেদ-পদার্থ, মেহজ বীজ, অথবা স্ত্রী-যোনি সমুদ্ভূত অসুস্থ রস ইত্যাদি, অন্যান্য কারণে এই পিউরিউলেন্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগ জন্মিতে পারে।

অপিচ পূর্ব্বে এরূপ অনুমিত হইত, যে শূন্যমার্গে সতত উড্ডীয়মান শুষ্ক ক্লেদপদার্থ কনজংটাইভাতে আবদ্ধ হইয়া, এই রোগের উৎপত্তি করে। কিন্তু এই অনুমান অমূলক ও যুক্তিবিহীন। ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র পতঙ্গ বা কীটাণুগণ রুগ্ন চক্ষু হইতে স্পর্শাক্রামক বীজ বহন করিয়া, সুস্থ চক্ষুতে প্রদান করতঃ এই রোগ যে আনয়ন করিতে পারে, তদ্বিষয়ে আর কোন সন্দেহ নাই। আকাশবায়ুজ কোন কারণ, মৃত্তিকা হইতে উত্থিত

দুর্গন্ধ, বাষ্প ও বালুকা-পরিপূরিত উত্তপ্ত বায়ু, ইহারা প্রত্যেকে বা মিলিত হইয়া যে, প্রকৃত পিউরিউলেন্ট্ কন্জংটিভাইটিস্ রোগোৎপত্তি করিতে পারে, তদ্বিষয়ে আমার অনেক সন্দেহ আছে। কারণ এইরূপ হইলে, আমরা এই ভারতবর্ষে কোনং দেশে, এবং কোন কোন শ্রেণীস্থ লোকের এই রোগ অপেক্ষা-কৃত অধিক পরিমাণে দেখিতে পাইতাম। যাহাহউক, অধিকাংশ স্থলেই ভাইবস্ (Virus) বা বিষ-নামক এক প্রকাব বিশেষ সংক্রামক পদার্থ অবস্থিত থাকিয়া, এই রোগের উৎপত্তি করে।

চিকিৎসা।—পিউরিউলেন্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগ চিকিৎসা করিতে হইলে, কর্ণিয়া যাহাতে রক্ষিত হয়, অগ্রে তাহারই বিশেষ চেষ্টা করা উচিত। যদি এই রোগে কর্ণিয়া ক্ষত বিশিষ্ট না হইয়া থাকে, তবে আপাততঃ এই বোগের চিকিৎসা না করিলেও করা যায়। কিন্তু শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর বর্ত্তমান প্রদাহের কোন প্রকাব প্রতীকার না কবিলে, কর্ণিয়া রক্ষার্থে আমাদেব তাবৎ যত্ন ও কৌশল বৃথা হইবেক। এতন্নিমিত্ত এই রোগকে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করিয়া, তদ্বিষয়ক চিকিৎসা বর্ণনা করিব। প্রথম শ্রেণী অপেক্ষাকৃত সামান্য রোগ। ইহাতে কর্ণিয়ায় কোন রূপ পীড়া হয না। দ্বিতীয় শ্রেণীস্থ রোগ অতিশয় গুরুতর,— ইহাতে কর্ণিয়ায় বিলক্ষণ ক্ষত হইতে আরম্ভ হয়। *

পিউরিউলেন্ট্ কন্জংটিভাইটিস্ বোগাক্রান্ত হইলে, বালকদিগের বিশেষতঃ সকল মনুষ্যেরই কর্ণিয়া যেরূপ অবস্থাক্রান্ত হয়, তন্নির্ণয় করা অত্যন্ত আবশ্যক বলিয়া এস্থলে তাহা বর্ণনা কবা যাইতেছে। এই ব্যাপার সংসাধনে উক্ত অংশ উত্তমরূপ পরীক্ষা করিবার নিমিত্ত, রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীনে আনা আবশ্যক। কারণ, অগ্রে কর্ণিয়ার প্রান্তাবরক স্ফীত কন্জংটাইভার স্তরকে অঙ্গুলির অগ্রভাগ দ্বারা পশ্চাদ্দিকে না ঠেলিলে, তাহার তলবর্ত্তী নির্ম্মাণের অবস্থা আমরা সম্যক্ অবগত হইতে পারিনা।

১। প্রথম শ্রেণীস্থ স্থলসকলে রোগোৎপাদক কারণ, রোগীর বয়স—অর্থাৎ শিশু কি বৃদ্ধ, ইত্যাদি কোনরূপ অনুসন্ধান না করিয়া, চিকিৎসনীয় ভদ্রোগে কর্ণিয়ায় কোনরূপ ক্ষত হয় নাই, এই বিষয়টীই সতত স্মৃতিপথে রাখিয়া, ও যেস্থল কোন বাহ্যপদার্থ-প্রবেশ হইতে

* Tyrrell "On Diseases of the Eye," vol. 1 p 62.

সমুদ্ভূত তাহার কারণ অনুসন্ধান করতঃ, ৩ ড্র্যাম জলে ১ ড্র্যাম্ নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার মিশ্রিত তীক্ষ্ণবল সলিউশন্ (মিশ্রণ) রোগীর অক্ষিপুটোপরি প্রলেপিত করিতে হয়। ১ ঔন্স জলে ৩ গ্রেণ উক্ত ঔষধ দিয়া আর একটী ক্ষীণবল সলিউশন্ প্রস্তুত করিয়া, প্রত্যেক দ্বিতীয় ঘন্টায় চক্ষুতে ফোটা ফোটা করিয়া প্রদান করিতে হয়। এইরূপ চব্বিশ ঘন্টা পর্য্যন্ত করিয়া, পরিশেষে অক্ষিপুটে পুনরায় উক্ত তীক্ষ্ণবল সলিউশন প্রলেপিত করিতে হয়। এইরূপে যত দিন পর্য্যন্ত কন্‌জংটাইভার আরক্তিম অবস্থা বিনষ্ট না হয়, এবং ক্লেদস্রাব তরল ও পরিমাণে অল্প না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত ঐরূপ লোশন্ ব্যবহার করিতে হয়।

অধিকাংশ স্থলে, দুই বারের অধিক অক্ষিপুটে নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভারের সলিউশন্ প্রলেপ দেওয়া অনাবশ্যক। কিন্তু এক সপ্তাহ বা দশ দিন পর্য্যন্ত অপর লোশনটী চক্ষুতে ফোটা ফোটা প্রদান করিতে হয়। এই সময়ের মধ্যে রোগের বলবৎ লক্ষণ গুলি প্রায়ই লুপ্ত হইয়া যায়, এবং নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভারের পরিবর্ত্তে, ১ ঔন্স জলে ২ গ্রেণ সল্‌ফেট্ অব্ জিংক্ মিশ্রিত লোশন ব্যবহার করা বিধেয় হইতে পারে। দুই তিন দিনের অতিরিক্ত কালে নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার লোশন্ দুই ঘন্টা অন্তর চক্ষুতে ব্যবহার করা আবশ্যক হয় না। উহা ছয় ঘন্টা অন্তর, ও পরে ক্রমশঃ দিবসে দুই বার করিয়া ব্যবহার করা পরামর্শসিদ্ধ।

এই রোগে চক্ষুতে বিশেষ যাতনা বোধ হয় না। যদি কিঞ্চিৎ বোধ হয় তাহা পোস্তার ঢেঁড়ি ফলের সেঁক প্রদান করিলে, নিবারিত হয়। জঠরাবস্থার প্রতি বিশেষ মনোযোগ রাখা আবশ্যক, এবং সৎপথ্য ব্যবস্থা করা উচিত। প্রদাহ নিবারক (Antiphlogistic) ঔষধ ব্যবহার করা অপেক্ষা, কুইনাইন এবং পরিমিত পরিমাণে তেজস্কর (Stimulants) ঔষধ সেবন করা শ্রেয়স্কর। কিন্তু নাড়ীর গতি দেখিয়া, এইস্থলে আমাদের ঔষধাদি ব্যবস্থা করা সর্ব্বতোভাবে আবশ্যক।

শিশুসন্তান এবং অল্পবয়স্ক বালকেরা চক্ষুর মধ্যে নাইট্রেট্ অব্ সিলভার সলিউশনের ফোটা পাতিত করিতে দেয় না, সুতরাং তাহাদের এই রোগ হইলে, আমাদিগকে বিলক্ষণ কষ্টে পতিত হইতে হয়। এই অবস্থায় পিচ্‌কারী ব্যবহার কোন মতেই বৈধ নহে। তাহাতে বালকেরা যে কেবল ভীত হইয়া থাকে এমত নহে, পিচ্‌কারীর অগ্রভাগ অক্ষিপুটদ্বয় মধ্যে একবার প্রবিষ্ট হইলে, উক্ত অংশ উত্তেজিত হইতে পারে, এবং তাহা হইলে, অশেষবিধ ক্ষতি উপস্থিত হইয়া পড়ে।

পীড়িত বালকের মস্তক দৃঢ়রূপে ধারণপূর্ব্বক অক্ষিপুটদ্বয় আস্তে আস্তে বিযুক্ত করিয়া, ও উক্ত লোশন চক্ষুর মধ্যে ফোটা ফোটা করিয়া প্রদান করিয়া, উহাকে অক্ষিপুট মুদিত করিতে অনুমতি দিবে। তিন কিম্বা চারি বার এইরূপ করিয়া রোগীর অক্ষিপুটদ্বয় কদুষ্ণ জলে ধৌত করিয়া দিতে হয়। তাহার পর রোগীকে দুই কিম্বা তিন ঘন্টার নিমিত্ত বিশ্রাম লইতে দিয়া, পুনশ্চ উক্ত লোশন্ উক্ত প্রকারে চক্ষুর্নিবিষ্ট করিয়া দিতে হয়। যত দিন পর্য্যন্ত ক্লেদস্রাব প্রায় স্থগিত হইয়া না আইসে, তত দিন পর্য্যন্ত উক্ত লোশন্ উক্ত প্রকারে দিবারাত্রি ব্যবহার করিতে হয়।

অধিকাংশ স্থলে দৃঢ়রূপে উপর্য্যুক্ত উপায়ের অনুবর্ত্তী হইলে, বালকদিগের চক্ষুতে সত্বরই অনেক উপশম দেখিতে পাওয়া যায়। তাহারা আট চল্লিশ ঘন্টার মধ্যেই চক্ষুরুন্মীলিত করিতে আরম্ভ করে, এবং আলোক অসহ্য বলিয়া বোধ করে না। অক্ষিপুটের স্ফীতি ও কন্‌জংটাইভার আরক্তিমতা অপনীত হইতে আরম্ভ হয়। এক্ষণে নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভারের পরিবর্ত্তে সল্‌ফেট্ অব্ জিংক্ (১ ঔন্স জলে ১ গ্রেন) সলিউশন্ দিবসে তিন বার করিয়া ব্যবহার করা বিধেয়। এস্থলে ইহাও স্মরণ থাকা উচিত যে, এই রোগের অপরাপর স্থলে যেরূপ রোগ প্রত্যাবর্ত্তন করে, ইহাতেও তদ্রূপ প্রত্যাবৃত্ত হইবার সম্ভাবনা আছে, সুতরাং যত দিন পর্য্যন্ত বালক সম্পূর্ণ আরোগ্য প্রাপ্ত না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত উক্ত লোশন্ ব্যবহার পরিত্যাগ করা কোন মতেই বৈধ হয় না। আরোগ্যের পর যদি রোগ আবার প্রত্যাবর্ত্তন করে, তবে নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার সলিউশন্ পুনর্ব্যবহার করা অত্যাবশ্যক। এই ঔষধই এই রোগের বিশেষ উপকারক।

যে পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে কর্ণিয়ায় কোনবিধ রোগ হয় নাই, তাহাতে উপর্য্যুক্ত চিকিৎসা প্রণালী, কিরূপ কার্য্যকর হয়, তাহা ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেবের রোগচিকিৎসার পুস্তক হইতে একটী উদাহরণ উদ্ধৃত করিয়া নিম্নে প্রদর্শিত হইতেছে।—

১১ই অক্টোবর; রোগিণীর নাম—"ক" বয়স পঞ্চবিংশতি বর্ষ, ও দেখিতে সুস্থশরীর। বিগত চারি দিবসের পূর্ব্বে সে বিলক্ষণ সুস্থ ছিল, ও তাহার চক্ষুতে ইতিপূর্ব্বে কখন কোন রোগ হয় নাই, এই কথা সে ব্যক্ত করিল। বিগত চতুর্থ দিবসে সে বর্ত্তমান রোগাক্রান্ত হইয়াছে—তাহার দক্ষিণ চক্ষু হইতে অশ্রু নির্গত হইতে আরম্ভ হইয়াছে, ও উহা

এক্ষণে অতিরিক্ত কণ্ডুয়িত হইতেছে। উক্ত দিবসের পরবর্ত্তী প্রাতে উহা আবক্তিম, যন্ত্রণা-দায়ক ও স্ফীত হইয়া বর্ত্তমান অবস্থায় পরিণত হইয়াছে।

এই দ্বিতীয় দিবস অপরাহ্নসময়ে, সে ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেবের অধীন চিকিৎসালয়ে রোগশান্তির নিমিত্ত আগমন করিয়াছিল। তিনি দেখিলেন যে, তাহার উভয়াক্ষিপুট, বিশেষতঃ ঊর্দ্ধাক্ষিপুট অপরিমিত স্ফীত হইয়াছে, ও উভয় চক্ষুরই নাসাপাঙ্গ দেশ হইতে পূয় নিঃসৃত হইয়া পুটপ্রান্ত আবৃত করিয়া রাখিয়াছে। অপিচ অক্ষিপুটদ্বয় উল্টাইয়া দেখা গেল যে, উভয় চক্ষুরই কন্‌জংটাইভা সমভাবে গাঢ় লোহিত বর্ণ ও স্ফীত হইয়াছে। ভিলাইগুলি উন্নত ও দানাবৎ (গ্র্যানিউলেশন্‌) প্রতীয়মান হইল। কন্‌জংটাইভা কিমোসিস্‌ প্রাপ্ত, ও উহার উপবিভাগে একিমোসিসের বহুতর কলঙ্কচিহ্ন দেখা গেল। অপিচ উহা আবার কর্ণিয়ার চতুঃপ্রান্তে অল্প পরিমাণে আসিয়া পড়িয়াছিল। সে যাহাহউক, উভয় চক্ষুরই কর্ণিয়া সুস্থ ছিল। কেবল দক্ষিণ চক্ষুর কর্ণিয়ার সুপীরিয়র মার্জিন্‌ (উপর প্রান্ত) সন্নিকটে সঙ্কীর্ণ ও রেখাবৎ একটী মাত্র অগভীর ক্ষত দর্শন করিয়াছিলেন।

রোগী চক্ষুর যন্ত্রণা বিজ্ঞাপন করিয়াছিল। প্রাতঃ সময়েই এই যন্ত্রণা বর্দ্ধিত হইত, উহা ললাট প্রান্ত পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া ছিল বটে, কিন্তু এত ভয়ানক হইয়া উঠে নাই যে, রাত্রিকালে নিদ্রার বাধা-জন্মাইয়া তাহাকে জাগরিত রাখে। জ্বর কিম্বা শারীরিক অন্য কোন প্রকার পীড়া লক্ষণ দৃষ্ট হয় নাই। কোষ্ঠ নিয়মিত রূপে সম্পাদিত হইত। ক্ষুদ্বোধও স্বাভাবিক প্রবল ছিল। সে কখন মেহজ পীড়াক্রান্ত হয় নাই; এবং যত দূর অনুসন্ধান হইয়াছিল, তাহাতে যে তাহার শরীরে কোন প্রকার সংক্রামক বীজ সংস্পৃষ্ট হয় নাই, ইহা জানা গিয়াছিল।

প্রাতে ৭ঘটিকার সময় তাহার চক্ষুতে কবুষ্ণ জল দ্বারা সতত ধৌত করিতে আদেশ করিয়া, নিম্ন লিখিত ব্যবস্থানুবর্ত্তী হইতে অনুমতি করিলেন। পূর্ণ মাত্রায় নাইট্রেট্‌ অব্‌ সিল্‌ভার জলে মিশ্রিত করতঃ, তন্মিশ্রণ উভয়াক্ষিপুটোপরি প্রলিপ্ত করিতে, এবং ১ ঔন্স জলে ৩ গ্রেণ মিশ্রিত করিয়া তন্মিশ্রণ প্রত্যেক দ্বিতীয় ঘণ্টায় চক্ষুর মধ্যে ফোটাং করিয়া দিতে ব্যবস্থা দিলেন। পথ্য—অবাধে উত্তম খাদ্য দ্রব্য।

এই সকল আদেশ নিয়মিত রূপে প্রতিপালন করিলে, তিনি পর

দিন ১৩ই অক্টোবর তারিখে দেখিলেন যে, অক্ষিপুটের স্ফীতির অনেক হ্রাস হইয়াছে, কন্‌জংটাইভা বাহ্যতঃ প্রায়ই পূর্ব্ববৎ রহিয়াছে। কিন্তু চক্ষু বিলক্ষণ পরিষ্কৃত করিয়া রাখাতে, উহাদের ক্লেদস্রাব বিষয়ে কোন পরিমাণ নির্দ্দেশ করিতে পারিলেন না। অক্ষিপুটে পুনরায় নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার সলিউশন্ চিত্রিত করিয়া দেওয়া হইল, এবং বস্তুতঃ পূর্ব্বদিনের সমুদায় ব্যবস্থানুবর্ত্তী হইতে আদেশ করিলেন।

১৪ই তারিখে দেখিলেন যে, চক্ষুঃদ্বয়ের অবস্থার বিলক্ষণ উপশম হইয়া আসিয়াছে। অক্ষিপুটের স্ফীতি অনেক পরিমাণে হ্রাস হইয়াছে, রোগী এক্ষণে অক্ষিপুটদ্বয়কে উন্মীলিত করিতে পারে, এবং চক্ষুতে আলোক অসহ্য বলিয়া বোধ হয় না। কিমোসিস্ অবস্থা প্রায়ই নাই; এবং দক্ষিণ চক্ষুর কর্ণিয়ার ঊর্দ্ধাংশস্থ সঙ্কীর্ণক্ষত রক্তবহা-নাড়ী দ্বারা আবৃত হইয়া পড়িয়াছে। এক্ষণে নাইট্রেট্ অব সিল্‌ভার অক্ষিপুটে আর ব্যবহার করিতে নিষেধ করিয়া, পূর্ব্বোক্ত উহার ক্ষীণবল মিশ্রণ ছয় ঘন্টা অন্তর চক্ষুতে ফোটা ফোটা করিয়া দিতে অনুমতি দিলেন। পর দিবস চক্ষুর অবস্থা ক্রমশঃ উন্নতিশীল হইতে দেখিয়া, উক্ত মিশ্রণে নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভারের মাত্রা ১ ঔন্স জলে ১ গ্রেণ এইরূপ লাঘব করিয়া দিয়া, এবং পূর্ব্ববৎ অধিক বার ব্যবহার করিতে নিষেধ করিয়াও দিলেন। ইহাতে রোগ প্রত্যাবর্ত্তন করিল না, এবং চিকিৎসালয়ে আসিবার বিংশতিতম দিবসান্তীতে রোগী সম্পূর্ণ রোগোন্মুক্ত বলিয়া নির্দ্দিষ্ট হইয়াছিল।

২। এক্ষণে দ্বিতীয় শ্রেণীস্থ স্থল সকলের চিকিৎসা বিষয়ক বর্ণনে প্রবৃত্ত হইলাম। এই সকল স্থলে চিকিৎসার প্রারম্ভ সময়ে বা তাহার পূর্ব্বে রোগীর কর্ণিয়া রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে। এম্ ওয়েকার সাহেব এই বিষয়ে অনেক তর্কবিতর্ক করিয়া গিয়াছেন। তাঁহার মতে কর্ণিয়া এবম্বিধ রোগাক্রান্ত হইলেই যে, নিম্ন লিখিত চিকিৎসা প্রণালীর অনুবর্ত্তী হইতে হয় এমত নহে। সাধারণতঃ পিউরিউলেণ্ট কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের সকল গুরুতর স্থলেই, এই চিকিৎসা বিশেষরূপে ব্যবহার্য্য ও ফলোপধায়ক হইতে পারে। প্যাল্পিব্র্যাল্ কন্‌জংটাইভার উপরিভাগে এবং সেমিলুনার ফোল্ড সকলে কষ্টিক প্রদানই এই রোগের চিকিৎসা। কিন্তু আক্ষিক শ্লৈষ্মিকঝিল্লীতে (কনজংটাইভা) কষ্টিক্ সংস্পর্শ করিবার কোন আবশ্যকতা নাই।

যে কষ্টিকের কথা উল্লেখিত হইল, তাহাতে বিশুদ্ধ বাতি নাইট্রেট্

অব্ সিল্‌ভারের ব্যবহার কখনই বৈধ নহে। এই কষ্টিক্ পেন্সিল, নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার এবং নাইট্রেট্ অব্ পোটাসের তুল্যাংশ, অথবা এক ভাগ নাইট্রেট্ অব্ সিলভার ও দুই ভাগ নাইট্রেট্ অব্ পোটাসের দ্বারা প্রস্তুত করা আবশ্যক। উক্ত দুই লাবণিক দ্রব্য উপযুক্ত পরিমাণে গালিত করিয়া, তাহা কাচের একটী সঙ্কীর্ণ নলে ঢালিয়া দিলে, তৎক্ষণাৎ কঠিন হওতঃ পেন্সিলের আকারে ব্যবহারোপযোগী হয়। এইরূপ স্থলে, বিমিশ্র কষ্টিক প্রস্তুত করিয়া ব্যবহার করিবার কারণ এই যে, এতদ্দ্বারা কন্‌জংটাইভার কেবল ইপিথিলীয়্যাল স্তরসকলই বিনষ্ট হইয়া যায়। আর বিশুদ্ধ দৃঢ় নাইট্রেট্ অব্ সিলভার ব্যবহার করিলে, কনজংটাইভার সংযোজক ঝিল্লী বিগলিত হইয়া, তথায় ক্ষতচিহ্ন সমুৎপাদিত করিতে, ও পরিশেষে শ্লৈষ্মিকঝিল্লীর সঙ্কোচনও ঘটাইতে পারে। কিন্তু বিমিশ্র পেন্সিল ব্যবহার করিলে, এই সমস্ত একেবারেই ঘটিতে পাবে না। বিশুদ্ধ নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভাব ব্যবহার করিলে, উক্ত ক্ষত চিহ্নের বন্ধুর উপরিভাগ উত্তেজনা বিরহিত হইতে পারে না, উহা কর্ণিয়ায় সতত ঘর্ষিত হইয়া পরিশেষে উহাকে অস্বচ্ছ করে। যাহাহউক, এই ঔষধ কর্ণিয়ার উপরিভাগে প্রদত্ত হইলে, তাহাও আশু-বিনাশ হইতে নিষ্কৃতি পায় না।

অনেকে পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত হইয়া, অপরিমিত স্নায়ুপ্রধানতা (Nervousness), যাতনা ও মনশ্চিন্তায় উত্তেজিত হইয়া ক্রুদ্ধ স্বভাবাপন্ন হয়েন। তাহারা অধিক যাতনা সহ্য করিতে নিতান্ত অনিচ্ছুক ও অপারগ। এবম্বিধ স্থলে কন্‌জংটাইভায় কষ্টিক ব্যবহারের পূর্ব্বে, তাহাদিগকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীন আনা, কখন কখন পরামর্শ সিদ্ধ বলিয়া বোধ হয়। সকল অবস্থাতেই, পীড়িত চক্ষু সম্পূর্ণ আলোকিত হইবে বলিয়া, রোগীকে গৃহমধ্যে কোন একটী গবাক্ষ বিপরীতমুখে উপবিষ্ট হইতে দিয়া, সাবধানে উহার নিম্নাক্ষিপুট সম্পূর্ণ উল্টাইবে। পরে ক্ষুদ্র এক খণ্ড অনার্দ্র পট্টবস্ত্র দ্বারা কন্‌জংটাইভা মুছাইয়া লইয়া, অক্ষিপুটীয় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর সমুদায় উপরিভাগে, বিশেষতঃ টার্সো অর্বিট্যাল্ ফোল্‌ডে কষ্টিক্ পেন্সিল প্রদান করা উচিত। কষ্টিক্ প্রদান মাত্রেই উক্তস্থান একপ্রকার শুক্ল পদার্থাবৃত হইয়া পড়ে, সুতরাং তৎসময়েই একজন সাহায্যকারী আসিয়া একবিন্দু শীতল জল উক্ত উল্টান অক্ষিপুটে প্রদান করিলে, যদি তথায় অতিরিক্ত নাই-

ট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার থাকে, তবে তাহা উক্ত জলে মিশ্রিত হইয়া ধৌত হইয়া পড়ে। এক্ষণে নিম্নাক্ষিপুটকে প্রকৃতাবস্থায় নীত করিয়া, ঊর্দ্ধাক্ষিপুটেও ঐরূপে কষ্টিক প্রদান করিতে হয়। এই শেষোক্ত অক্ষিপুট যখন অতিরিক্ত স্ফীত হয়, তখন কন্‌জংটাইভার ঊর্দ্ধ টার্সো-অর্বিট্যাল্ ফোল্‌ডে কষ্টিক্ প্রদান করিতে বিশেষ কষ্টবোধ হইয়া থাকে। যাহাহউক, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর সমুদায় এতদংশে এবং সেমিলুনার ফোল্ড সকলেও কষ্টিক্ প্রদান করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। এই নিমিত্তই ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব এবম্বিধ স্থলসকলে ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার করা উচিত বলিয়াছেন। ইহাতে আমরা ঔষধ প্রদান করিতে অধিক সময় প্রাপ্ত হই, এবং রোগীও অপরিমিত যাতনাভোগ হইতে নিষ্কৃতি পায়। যাহাহউক, এই বিষয়টী সামান্য উপকারজনক নহে। অনেক স্থলে গুরুতর পিউরিউলেণ্ট্ রোগাক্রান্ত হইয়া, রোগী অতিশয় ব্যাকুল ও স্নায়ুপ্রধান হইয়া পড়ে; এবং অক্ষিপুট উল্টাইতে ও তাহাতে কষ্টিক্ প্রদান করিতে, আমরা তাহাকে যে উৎপীড়ন ও ভয়ানক কষ্টে পাতিত করি, তাহা এত অতিরিক্ত বলিয়া অনুমিত হয় যে, এই কষ্টিক্ ব্যবহারে (Cauterization) যে পরিমাণে উপকার দর্শে, উহা দ্বারা স্নায়ুমণ্ডলের তদতিরিক্ত দুর্ব্বলতা জন্মে। অন্য পক্ষে, যদি রোগী সহজেই উপর্য্যুক্ত চিকিৎসার বশবর্ত্তী হইতে সাহস প্রকাশ করে, তবে তিনি ক্লোরোফর্ম্ম ব্যবহার করিতে কখনই অনুমতি প্রদান করেন না।

ন্যাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার পেন্সিল্ কনজংটাইভার উপরিভাগে উপর্য্যুক্ত প্রকারে প্রদান করিলে, পূয়োৎপাদক ইপিথিলীয়্যাল্ স্তরসকল বিনষ্ট হইয়া যায়, সুতরাং যে পর্য্যন্ত না উক্ত ইপিথিলীয়ম্ পুনরুদিত হয়, প্রায় সেপর্য্যন্ত প্রদাহিত চক্ষু হইতে স্বল্প পরিমাণে ক্লেদ নির্গত হইতে দেখা যায়। অবস্থার ব্যতিক্রমানুসারে এই সকল পরিবর্ত্তন সংঘটিত হইতে সময়েরও ব্যতিক্রম ঘটিয়া থাকে। কিন্তু সাধারণতঃ প্রায় চব্বিশ ঘণ্টার মধ্যে, বিনষ্ট কৌষিক স্তরসকলের অবস্থান স্থানে নূতন নূতন স্তর উৎপন্ন হয়, এবং তৎসঙ্গে সঙ্গে চক্ষুর ক্লেদস্রাবও পুনরুদিত হয়। এই ঘটনাদ্বারা পুনর্ব্বার কষ্টিক ব্যবহার উপযোগী হইয়া পড়ে। বাস্তবিক, বারঘণ্টার মধ্যেই হউক, কিম্বা চব্বিশ ঘণ্টা অথবা আটচল্লিশ ঘণ্টার মধ্যেই হউক, যে সময়ে পূয় পুনরুদিত হইবে, তৎসময়ে পূর্ব্ববর্ণিত প্রণালী অনুসারে কষ্টিক ব্যবহার করিতে হয়। দ্বিতীয়বার প্রদানের সময়, এই কষ্টিকের বল কিঞ্চিৎ খর্ব্ব

করিয়া দেওয়া উচিত। উহা ১ ভাগ নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার ৩ ভাগ নাইট্রেট্ অব্ পোটাসের সহিত মিশ্রিত করত প্রস্তুত করিলে, সাধারণতঃ পুনর্ব্যবহারপক্ষে যথেষ্ট তীক্ষ্ণ হয়। পাঁচ কিম্বা ছয় দিবস পর্য্যন্ত এই শেষোক্ত চিকিৎসার অনুবর্ত্তী হইলে, প্রদাহিত কন্‌জংটাইভার অতিরিক্ত রোগ-কার্য্য বিনষ্ট, ও ক্লেদস্রাব সম্যক্ স্থগিত হইয়া যায়। সাধারণতঃ প্রতি কষ্টিক্ ব্যবহারের অধিকক্ষণ পরে পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকে, এবং পরিশেষে তাহা একেবারে অদৃশ্য হইয়া যায়।

এম্ ওয়েকার সাহেব নিম্নলিখিত রূপে কষ্টিকের কার্য্য বর্ণনা করিয়া গিয়াছেন। প্রদাহিত টিসুব রক্তবহানাড়ী সকলের অভ্যন্তর দিয়া, অতি মৃদুরূপে শোণিত-সঞ্চালন হওয়ায়, তথায় অতিরিক্ত কার্য্য (Hyper-action) উৎপাদিত হইতে থাকে। নাইট্রেট্ অব্ সিলভার ব্যবহারে, এই সকল অপ্রাকৃতিক কার্য্য পরিবর্ত্তিত হইয়া, শীঘ্রং শোণিত স্রোত প্রবাহিত হয়। এইরূপে উক্ত টিসু সকলেব প্রতিপোষক অবস্থার বিলক্ষণ উন্নতি হইতে থাকে। তিনি আবো বলেন যে, অধিকক্ষণ পর্য্যন্ত কষ্টিকের এই কার্য্য স্থায়ী রাখিবার নিমিত্ত, কষ্টিক্ পেন্সিল ব্যবহার করিবার অব্যবহিত পরেই, অক্ষিপুটে আর্দ্র বস্ত্র সংলগ্ন করা অত্যাবশ্যক। অবিরত এইরূপ আর্দ্র বস্ত্র সংলগ্ন করিলে, রক্তবহা নাড়ী সকল পুনঃ প্রসারিত হইতে পারে না, অথচ তদ্দ্বারা অস্বাভাবিক অস্ত্র রস ধৌত হইয়া উক্ত স্থান বিলক্ষণ পরিষ্কৃত হইয়া পড়ে। এই রোগের সকল স্থলেই চক্ষু পরিষ্কৃত থাকাই প্রধান বিষয়। অক্ষিপুট আবৃত হইতে পারে, এমত এক খণ্ড লিন্ট রাশীকৃত বরফের মধ্যে রাখিয়া তাহা বিলক্ষণ শীতল হইলে, অক্ষিপুটে সংলগ্ন করিতে হয়। পরে, উহা তথায় ঈষদুষ্ণ হইলে, তৎপরিবর্ত্তে ঐরূপ আর এক খণ্ড লিন্ট সংলগ্ন করিয়া, তাহাকে আবার বরফ মধ্যে ন্যস্ত রাখিতে হয়। অক্ষিপুটের উপরিভাগ অবিরত শীতল হইবে বলিয়া, এইরূপ শীতল জলার্দ্র লিন্ট অনবরতঃ ব্যবহার করিতে হয়। ইহাতে রক্তাধিক্য-কার্য্য ক্ষণপ্রতিরুদ্ধ হওয়ায়, তথায় শোণিতস্রোত শীঘ্র শীঘ্র সঞ্চালিত হইতে থাকে; এবং এইরূপে উক্ত পীড়িত স্থান পুনঃ পরিপোষিত হইলে, রক্তবহা-নাড়ী সকলের গর্ত্ত প্রায়ই প্রকৃতাবস্থা প্রাপ্ত হইয়া থাকে। তদভ্যন্তরস্থ সূক্ষ্ম-শোণিত উহাদের সঙ্কোচক ঝিল্লীর উত্তেজক কার্য্য করিয়া থাকে।

চক্ষুকে পরিষ্কৃত রাখিবার নিমিত্ত, ইহাতে পিচকারি ব্যবহার করা

বৈধ হয় না। সময়ে সময়ে অক্ষিপুট স্বল্প উল্টাইয়া, তন্মধ্যে শীতল জলের সঙ্কীর্ণধারা প্রবেশ করাইলেই যথেষ্ট হয়।

নাইট্রেট অব্ সিলভার ব্যবহার করিয়া পূর্ব্বলিখিত নিয়মগুলিতে বিশেষ রূপ মনোযোগ দেওয়া, এস্ ওয়েকার সাহেবের মতে অত্যন্ত আবশ্যক বলিয়া, ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেবও তদ্বিষয় সংক্ষেপে পুনরুল্লেখ করিয়াছেন। পূয়োৎপত্তির পূর্ব্বে এই ঔষধ ব্যবহার করা কখনই উচিত নহে, করিলে নিশ্চয় বিপদ ঘটিতে পারে। অপিচ ইহা ব্যবহার করিয়া, যতক্ষন পর্য্যন্ত কন্জংটাইভার উপরিভাগে সঞ্চিত ভস্মৌষধ অদৃশ্য হইয়া না যায়, এবং পুনঃ পূয়োৎপত্তি না হয়, ততক্ষণ পর্য্যন্ত উহা পুনর্ব্যবহার করা উচিত নহে। এইরূপ না করিলে, আমরা অনাবৃত কোমল বেস্মেণ্ট মেম্ব্রেণে কষ্টিক্ সংস্পর্শ করিয়া, তাহাকে ও তন্নিম্নবর্ত্তী সংযোজক ঝিল্লীকে বিনষ্ট বা অকর্ম্মণ্য করিয়া ফেলিতে পারি ; এবং পরিশেষে এই সকল স্থানের ক্ষত শুষ্ক হইলে, কন্জংটাইভার উপরিভাগ চিরকালের নিমিত্ত উচ্চাবচ হইয়া পড়ে। আমি পূর্ব্বেই বলিয়াছি যে, পুনঃ পুনঃ কষ্টিক ব্যবহারের পূর্ব্বে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর উদয়াপেক্ষা করা বিধেয়। কারণ, পুনঃ পূয়োৎপত্তি হইলেই বুঝিতে পারিব যে, ইপিথিলীয়মও উদিত হইয়াছে। তাহা হইলেই নিরাপদে ডায়েলিউটেড্ (খর্ব্বশক্তি) পেন্সিল পুনর্ব্যবহার করিবার সময় আসিয়া উপস্থিত হয়। উল্লিখিত নিয়মগুলি মনোযোগ সহকারে প্রতিপালন করিলে, ডিফথারিটিক কন্জংটিভাইটিস্ রোগের প্রথমাবস্থা বা তাদৃক বর্ণিত অন্যান্য রোগাক্রান্ত চক্ষুতে কষ্টিক ব্যবহারে শঙ্কার লেশমাত্রও নাই। এই নিমিত্ত এই সকল রোগে উক্ত অমূল্য ঔষধ বিধান করিয়াও অনেক চিকিৎসক বিলক্ষণ অযশের ভাগী হইয়াছেন।

যে স্থলে অর্বিট্যাল্ কন্জংটাইভা স্ফীত এবং বোধ হয়, প্রায় কর্ণিয়ার উপর আসিয়া পতিত হয়, তথায় নাইট্রেট অব্ সিলভার ব্যবহার না করিয়া, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে, কর্ণিয়ার উপরে পতিত কিমোসিস্ অংশের মূল হইতে বহির্দ্দেশে অক্ষিপুট পর্য্যন্ত, চারি কিম্বা পাঁচ স্থানে চিরিয়া দেওয়া (Incisions) ব্যবস্থাসিদ্ধ।* ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব ক্যাটার্যাক্ট কর্ত্তনোপযোগী ছুরিকা বা তদ্রূপ তীক্ষ্ণধার অস্ত্র দ্বারা, যাহাতে ঝিল্লীগুলি

* Lectures "On Diseases of the Eye," by J Morgan 2nd edit. p 72.

বিদারিত হইতে না পারে এমত করিয়া, স্ক্লারোটিক পর্য্যন্ত গভীর চারি স্থানের অনল্প স্থান চিরিয়া দিয়া থাকেন। কনজংটাইভাকে এইরূপে চিরিয়া দেওয়ায়, তাঁহার বোধ হয় যে, রক্তবহা নাড়ীসকলের গভীরস্তর আর কিমোসিস্ হইতে প্রতিচাপ প্রাপ্ত হইতে পারে না; সুতরাং কর্ণিয়া অরুগ্ন ও রক্ষিত থাকিতে যথেষ্ট পোষকতা প্রাপ্ত হইয়া থাকে। ইহাতে এই এক প্রতিবন্ধক যে, উক্ত গভীর বিদারিত স্থান সকল আরোগ্য হইলে, কনজংটাইভায় যাবজ্জীবন চারিটী ক্ষতকলঙ্ক জন্মিয়া থাকে। যাহাহউক তাঁহার মতে এই প্রতিবন্ধক কার্য্যকারক নহে; কারণ এতদ্দ্বারা আমরা কর্ণিয়াকে আশুবিনাশ হইতে রক্ষা করিয়া সম্পূর্ণ সুস্থাবস্থায় নীত করিতে পারি।

উল্লিখিত মহাত্মা, কিমোসিসপ্রাপ্ত কনজংটাইভায় অসংখ্য বা পুনঃপুনঃ বিদারণ করিতে কথনই অনুমতি প্রদান করেন না। পূর্ব্বোল্লিখিত মতে অস্ত্রপ্রক্রিয়া সমাধা করিতে হয়। যাহাহউক, আরক্তিম ও বৃদ্ধবক্ত রক্তবহা নাড়ীগণকে রক্ষাকরাই যখন আমাদের মুখ্য উদ্দেশ্য, তখন অক্ষিপুটকে উন্মীলিত রাখিয়া, অস্ত্রবিদারিত স্থান হইতে রক্ত নিঃসৃত হইতে দেওয়াই উচিত। পরে দশ মিনিট্ বা তদধিক কাল পর্য্যন্ত উক্ত স্থান উত্তপ্ত জলদ্বারা ধৌত করা বিধেয়। কনজংটাইভাকে বিদারিত করিবার অব্যবহিতপরেই যদি অক্ষিপুট মুদিত করিতে বলা যায়, তাহাহইলে উহাদের নিম্নে রক্ত জমাট বান্ধিয়া যায় এবং রক্তবহা নাড়ীগুলি উহাদের দ্বারা প্রতিচাপিত হইয়া রক্তস্রাব স্থগিত করতঃ, আমাদের উক্ত স্থান বিদারিত করিবার মুখ্য উদ্দেশ্যের ব্যাঘাত জন্মাইয়া দেয়। সুতরাং দশমিনিটকাল পর্য্যন্ত যাহাতে ঐ রক্ত জমাট বান্ধিতে না পারে এমত করিয়া, পরিশেষে অক্ষিপুট মুদিত করতঃ তদুপরি শীতল জলার্দ্র বস্ত্র সংলগ্ন করা বিধেয়।

শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে বারম্বার গভীর কর্ত্তন করা অতিকদাচিৎ পরামর্শসিদ্ধ বলিয়া বোধ হয়। কিন্তু অক্ষিপুটীয় কনজংটাইভাতে কষ্টিক্ পেন্সিল সংস্পৃষ্ট করিয়া, অক্ষিকোটরীয় কিমোসিসপ্রাপ্ত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে, চতুর্দ্দিক্ অনুসরণ করিয়া অগভীর কর্ত্তন করত, তদ্বিদারিত রক্তবহা নাড়ীগণ হইতে, উত্তপ্ত জলের সেক প্রদান দ্বারা রক্তস্রাব করিতে চেষ্টা করা উচিত।

বিশেষ অনুধাবন করিয়া কর্ণিয়ার অবস্থা পরীক্ষা করতঃ, পরিশেষে চিকিৎসা ব্যবস্থাকরা বিধেয়। কারণ অধিকাংশস্থলে, এই পরীক্ষা

ও চিকিৎসা দ্বারা রোগীর দৃষ্টি রক্ষিত বা বিনাশিত হইয়া থাকে।

কর্ণিয়া ছিদ্রিত হইলে, উহা অস্বচ্ছ অথবা আইরিসে ষ্টাফিলোমা হইয়া, আমাদিগকে ভয়ানক বিপদাশঙ্কিত করে। আইরিসের পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক নির্ম্মাণ আইরিসকে কর্ণিয়ার উক্ত ছিদ্রমধ্যে প্রবিষ্ট করিয়া দেয়; এবং উহা একবার প্রবিষ্ট হইলে, পুনরায় উহাকে স্বস্থানে অর্থাৎ য়্যান্‌টেরিয়র চেম্বারে প্রত্যাবর্ত্তন করিতে দেয় না।

যেস্থলে ক্ষত উৎপন্ন হইয়া কর্ণিয়ার কিয়দংশ এত বিনষ্ট হইয়া যায় যে, কেবল উহার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক ল্যামিনা অক্ষুণ্ণ থাকে, তথায় কোন২ সময়ে, পশ্চাদ্বর্ত্তী বিস্তারক বেগে (Distending force) এই কোমল স্থিতিস্থাপক ল্যামিনা উদ্ভিন্ন হইয়া যাইতে পারে। এতন্নিমিত্ত, একটী সুঁচ দ্বারা কর্ণিয়াকে বিদ্ধ করতঃ, তন্মধ্য দিয়া য্যাকিউয়স্ পদার্থ বহিঃসৃত হইতে দিলে, উক্ত আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ ক্ষান্ত হইয়া পড়ে। এই সকল অবস্থায়, কর্ণিয়ায় প্যারাসেন্টিসিস্ (Paracentesis) অর্থাৎ বিদ্ধকরারূপ এই সামান্য অস্ত্র-প্রক্রিয়া দ্বারা, সর্ব্বদাই সুখকর ফলোৎপত্তি হইয়া থাকে। ইহা দ্বারা যে কেবল ষ্টাফিলোমা উৎপন্ন হইতে পারে না এমত নহে। আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ লাঘব হওয়ায় অক্ষিগোলকের বিতানেরও অনেক শান্তি হয়, সুতরাং রোগীকে সিলিয়ারি নিউরোসিস্ যাতনা হইতে অপরিমিত কষ্ট পাইতে হয় না। আর আমার বোধ হয় যে, এই সকল অবস্থায় কর্ণিয়াকে অচিকিৎসিত রাখা অপেক্ষা, উহাকে বারম্বার অস্ত্রদ্বারা বিদারিত করায়, কোনরূপ মন্দ ফলোৎপত্তি হয় না। কর্ণিয়া ও স্ক্লারোটিক্ যেস্থলে পরস্পর মিলিত হইয়াছে, তাহার নিকটেই কর্ণিয়াকে একটী অতি সূক্ষ্ম সুঁচ দ্বারা বিদ্ধ করতঃ, সেই সুঁচের অগ্রভাগ ঠিক য়্যান্টেরিয়র চেম্বারের কিয়দভ্যন্তরে প্রবিষ্ট করিতে হয়। নতুবা চক্ষুর লেন্স অপায়িত হইতে পারে। অস্ত্র করিবার সময়, কেবল এই বিষয়টী স্মরণ রাখা ভিন্ন ইহাতে অন্য কোন বিশেষ নিয়ম নাই। এইরূপ রোগ চিকিৎসায়, কর্ণিয়াকে কেবল একবার বিদ্ধ করিলেই যথেষ্ট হয় এমত নহে; কোন কোন স্থলে দ্বিতীয়বার এমত কি তৃতীয় বারও বিদ্ধ করিতে হয়। কারণ, কর্ণিয়ার উক্ত বিদ্ধস্থান চব্বিশ ঘন্টার মধ্যেই শুষ্ক হইয়া আইসে এবং য়্যাকিউয়স্ হিউমার সত্বরই পুনরুৎপন্ন হয়। যাহাহউক, এইরূপে দুই তিনবার অস্ত্র করা অতি কদাচিৎ আবশ্যক হইয়া থাকে।

সংক্ষেপে এই চিকিৎসা প্রণালী বলিতে গেলে, অধিকাংশ স্থলে, ১মতঃ—চক্ষুকে বিশেষরূপ পরীক্ষা করিয়া দেখিতে হয়; উহাতে ক্ষত দেখিতে পাইলে, ২য়তঃ—অক্ষিপুটীয় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে এবং সেমিলুনার ফোল্ড সকলে ডায়েলিউট্ কষ্টিক্ পেন্সিল ঘর্ষিত করিয়া দিতে হয়। ৩য়তঃ,—আক্ষিক কন্‌জংটাইভাকে বিদীর্ণ করা, ৪র্থতঃ—কর্ণিয়ায় এক বা তদধিক গভীর ক্ষত দৃষ্ট হইলে এবং তদ্দ্বারা উহা সমুদায় বিনষ্ট না হইলে, উহাকে ভিন্ন২ স্থানে বিদ্ধ (Puncture) করা। পরিশেষে, ৫মতঃ,—অক্ষিপুটদ্বয় সমধিক স্ফীত হইলে, পূর্ণ মাত্রায় নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার সলিউশনদ্বারা তদুপরি চিত্রিত করিয়া দেওয়া অত্যাবশ্যক। তৎপরেই চক্ষুতে শীতল জলার্দ্র বস্ত্র সংলগ্ন করিয়া রাখিতে হয়।

যাহাহউক, আমরা এই চিকিৎসা প্রণালী মধ্যে আর একটী বিশেষবিধ চিকিৎসার কথা উল্লেখ করিতেছি।—উহা, ১ ড্রাম্ জলে ১গ্রেণ য়্যাট্রোপাইন্ মিশ্রিত করতঃ, প্রস্তুত করিয়া ৬ঘণ্টা অন্তর ফোটা২ করিয়া চক্ষুতে প্রদান করিতে হয়। চক্ষুর আভ্যন্তরীণ এবং কর্ণিয়া প্রতি-পোষক স্নায়ু সকলকে স্পন্দরহিত ও অবশীকৃত করাই এই ঔষধ ব্যবহারের মুখ্য উদ্দেশ্য। অপিচ ক্ষত হইয়া যদি কর্ণিয়া আংশিক বিনষ্ট হইয়া যায়, তবে এই চিকিৎসায় কর্ণিয়া ও সিলিয়ারিপেশীর বিতান রক্ষিত হওতঃ, কর্ণিয়াকে স্ফুটিত হইতে অনেক বাধা প্রদান করিয়া থাকে। য়্যাট্রোপাইন্ ব্যবহৃত হইলে, আইরিস্ স্বস্থান হইতে পশ্চাদ্দিকে সঙ্কুচিত হইয়া, স্বকীয় রক্তবহানাড়ীগণকে কিয়ৎপরিমাণে শূন্যগর্ভ করে; এবং তন্নিমিত্তে য়্যাকিউয়স্ হিউমার অল্পপরিমাণে নির্গত হওতঃ চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ হ্রাস করে। অধিকন্তু কর্ণিয়া স্ফুটিত হইয়া পড়িলে, তচ্ছিদ্র মধ্যে আইরিসকে প্রায়ই প্রবেশ করিতে দেয় না। কিন্তু উহা স্বস্থানে য়্যান্টেরিয়ার চেম্বার মধ্যে অবস্থিত থাকিলে, এই প্রবেশনের অধিক সম্ভাবনা আছে।

পিউরিউলেন্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগে ক্ষত হইয়া কর্ণিয়া ছিদ্রিত হইলে, উল্লিখিত চিকিৎসা অত্যন্ত প্রয়োজনীয়, ও একমাত্র উপায় বলিয়া বোধ হয়। কর্ণিয়া পীড়িত হউক আর নাই হউক, এবম্বিধ স্থলে সাধারণ চিকিৎসা প্রণালীর দুই এক বিষয় লইয়া, এক্ষণে আমরা আন্দোলন করিতেছি। পিউরিউলেন্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগে কেবল এক চক্ষু পীড়িত হইলে, তাহা হইতে ক্লেদ অন্য চক্ষুতে নীত হইয়া তাহাকেও তদ্রূপ রোগাক্রান্ত করে বলিয়া, অগ্রে উক্ত সুস্থ চক্ষু রক্ষা

করাই বিধেয়। এই নিমিত্ত সুস্থ চক্ষুতে তুলার প্যাড্ ও ব্যাণ্ডেজ্ বন্ধন করা সমধিক উপকারক। এই প্রক্রিয়ার উপকারিতা রোগী স্বয়ং বুঝিতে পারে, এবং তজ্জন্যই ক্লেদস্পর্শনিরাকরণার্থে সুস্থ চক্ষু মুদিত রাখিতে, তাহার কোন কষ্ট বোধ হয় না। তজ্জনিত সামান্য অসুবিধা সহ্য করিতে সে সহজেই স্বীকৃত হইয়া থাকে।

এই রোগে অনেকানেক রোগী যে যাতনা সহ্য করে, তাহা নিরাকরণার্থে ললাটদেশে এক্‌ষ্ট্র্যাক্ট অব্ বেলাডোনা লেপন, এবং মর্ফিয়া সেবন করিতে ব্যবস্থা দেওয়া উচিত। এই শেষোক্ত ঔষধ পূর্ণ মাত্রায় শয়ন কালে সেবন করিতে হয়, কারণ সচরাচর তৎসময়েই যন্ত্রণা বৰ্দ্ধিত হইয়া রোগীর নিদ্রার বাধা প্রদান করিয়া থাকে।

জলৌকা সংলগ্ন করিবার বিষয়ে ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব এই মাত্র বলেন যে, যদি প্লেথোরা (Plethora) বা মেদগ্রস্ত ব্যক্তির এই রোগ জন্মে, তবে তাহার এক তব ললাটপার্শ্বে আটটী কিম্বা দশটী জলৌকা সংলগ্ন করা বিধেয়। নতুবা পিউরিউলেণ্ট কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত হইয়া, যাতনা ভোগ করিতেছে বলিয়া, বিবেচনা শূন্য হওতঃ যে কোন ব্যক্তির ললাটপার্শ্বে জলৌকা সংলগ্ন করিতে অনুমতি দেওয়া, কতদূর অবৈধ ও ভয়ঙ্কর কার্য্য, তাহা বর্ণনা করা যায় না। এবিষয়ে ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেবের যতদূর অভিজ্ঞতা আছে, তাহাতে তিনি বলেন যে, পূর্ব্বোক্ত অবৈধ কার্য্যে তাঁহার কিছুতেই মত নাই। বস্তুতঃ জলৌকা কোন্ সময়ে সংলগ্ন করিতে ব্যবস্থা দেওয়া যাইবে, তাহার কোন বিশেষ নিয়ম কখনই বিধিবদ্ধ করা যাইতে পারে না। এই পিউরিউলেণ্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের আক্রমণে ক্ষীণ, উদ্বিগ্ন এবং রক্তশূন্য ব্যক্তিদিগের শরীর হইতে রক্তমোক্ষণ করা, যেমন অবিবেচনার কার্য্য, সকল স্থানেই উক্ত ব্যবস্থা স্থগিত রাখাও তদনুরূপ অবৈধ ব্যবহার। চিকিৎসক তাঁহার বিবেচনানুযায়ী কার্য্য করিবেন।

যাহাহউক, উক্ত সাহেব জলৌকা সংলগ্ন করিতে এইরূপ পরাঙ্মুখ হইয়া, এই রোগে তেজস্কর ঔষধের ব্যবস্থা করা অতীব প্রয়োজনীয় বলিয়া উল্লেখ করেন। সৎপথ্য অর্থাৎ অনপকারক দ্রব্য আহার করা এবং তৎ সঙ্গেহ কুইনাইন্, মর্ফিয়া ও রম মিকশ্চার অনুক্ষণ সেবন করা উচিত। রোগীর নাড়ীর অবস্থা দেখিয়া এই ঔষধের পরিমাণ ও ব্যবহারকাল নির্ণয় করিতে হয়। অনেকানেক স্থলে ইন্‌ফিউজন্ অব্ বার্কের সহিত এ্যামোনিয়া সেবন করিলে, সর্ব্বাপেক্ষা অধিক উপকার

দর্শিতে পারে। ইহাতে চক্ষুর যাতনা বৃদ্ধি হইলে, তদ্ব্যবহারে বিরত হওয়া উচিত। কিন্তু তাহা না হইলে, এই ঔষধ ব্যবহার করিয়া রোগীব উপকার হইবার সম্ভাবনা আছে।

পূর্ব্বেই বর্ণিত হইয়াছে যে, পিউরিউলেন্ট্‌ কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগে সচরাচর শারীরিক অন্য কোন রোগলক্ষণ আবির্ভূত হইতে দেখা যায় না। স্বল্পজ্বর বোধ হইলে, স্বেদনিঃসারক (Diaphoretics) কোন ঔষধ ব্যবস্থা করিতে হয়। কোষ্ঠপরিষ্কার রাখিবার নিমিত্ত, প্রয়োজন হইলে, স্বল্প জোলাপ (Mild laxatives) ব্যবস্থা করিতে হয়। কিন্তু পাকস্থলী বা যকৃতের দূষণ কার্য্যের সহিত পিউরিউলেন্ট্‌ কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগের কোন সম্পর্ক নাই বলিয়া, অধিক মল পরিষ্কারাশয়ে যদৃচ্ছাক্রমে বিরেচক (Purgative) বা তদ্বিধ গুরুতর কোন মলনিঃসারক ঔষধ ব্যবস্থা করা কোনমতেই উপযুক্ত বোধ হয় না। আবশ্যক হইলে, উক্ত ঔষধে বিশেষ উপকার হয় বটে; কিন্তু এস্থলে সাধারণতঃ এই ঔষধে সম্পূর্ণ অপকার হইয়া থাকে, তদ্বিষয়ে আর কোন সন্দেহ নাই।

এই রোগ চিকিৎসায় পারদৌষধের (মার্কিরি) প্রদাহক্রিয়া প্রতিরোধ করিতে শক্তি আছে কি না, তদ্বিষয়ে কোন বিতর্ক না করিয়া, ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব বলেন যে, উক্ত ঔষধ ব্যবস্থায় পূয়োৎপাদক কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগে কোন সুফল ঘটিতে দেখা যাই নাই।

এই রোগে সর্ব্বপ্রকার টনিক্‌ ঔষধাপেক্ষা সাধ্যমতে বিশুদ্ধ বায়ু সেবন করাই উচিত। সতত শয্যায় বা একগৃহে আবদ্ধ থাকা অনুচিত ও পরিহার্য্য।

এই রোগে রোগীকে সাধ্যমত পরিষ্কার থাকা উচিত। অপরাপর ব্যক্তিরা তাহাদের সহিত শয়ন উপবেশন ইত্যাদি না করিয়া, যত পৃথক্‌ থাকিতে পারে ততই উত্তম। ক্লেদস্রাবের সংক্রামক গুণবিষয়ে, রোগীর পরিচারকগণকে বিশেষ করিয়া সাবধান করিয়া দেওয়া উচিত। সাধারণ চিকিৎসালয়ে, পিউরিউলেন্ট্‌ কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগাক্রান্ত ব্যক্তিকে স্থানান্তরীকৃত করিয়া না রাখিতে পারিলে, উহাকে তদ্‌গৃহে কখনই অবস্থান করিতে দেওয়া উচিত নহে। তাহাদের ক্লেদাক্ত বা ব্যবহৃত চীরখণ্ড এবং ড্রেসিং সকল তৎক্ষণাৎ দগ্ধ করিতে অনুমতি দেওয়া উচিত। ধৌত করিবার পাত্র এবং বস্তুতঃ অপরাপর যে যে দ্রব্য এই রোগাক্রান্ত ব্যক্তির সংস্পৃষ্ট হয়, তাহা তাহার স্বকীয়-ব্যবহারের নিমিত্ত পৃথক্‌ করিয়া দেওয়া উচিত। বিদ্যালয়ের কোন বালকের এই রোগ

হইলে, তাহাকে তৎক্ষণাৎ স্থানান্তরিত ও অন্যান্য বালকগণের সহিত অসংস্পৃষ্ট করিয়া রাখা আবশ্যক। সৈনিকদিগের পক্ষেও এই নিয়ম। বস্তুতঃ পরিবার মধ্যেই হউক, বিদ্যালয়েই হউক, সৈনিকদলেই হউক, আর কোন প্রকার সাধারণ সমাজেই হউক, বহুতরলোকসংস্রবে ঐ ব্যক্তিকে অবস্থান করিতে দেওয়া কোন মতেই বৈধ হয় না। উহাকে অসংস্পৃষ্ট ভাবে একাকী একস্থানে অবস্থান করিতে দেওয়া উচিত।

ডিফ্থারিটিক্ (Diphtheritic) কন্জংটিভাইটিস্—সম্প্রতি ভারতবর্ষে এই রোগ কন্জংটাইভার অন্যান্য রোগাপেক্ষা অত্যল্প পরিমাণে দেখা যায়, অথবা প্রায়ই দেখা যায় না। তন্নিমিত্ত এই রোগের প্রাকৃতিক ঘটনা ও চিকিৎসা প্রণালী বিষয়ে আমাকে অন্যের মত, বর্ণনা ও অভিজ্ঞতার অনুবর্ত্তী হইয়া চলিতে হইবেক। *

জর্ম্মণি দেশের কোন২ স্থলে নিম্ন শ্রেণীস্থ ব্যক্তিরা এই রোগ হইতে ভয়ঙ্কর বিপদ সহ্যকরিয়া থাকে। কারণ একবার এই রোগাক্রান্ত হইলে, পুনর্দৃষ্টিপ্রাপ্ত হওয়া অত্যন্ত সুকঠিন; বরঞ্চ পিউরিউলেন্ট্ কন্জংটিভাইটিস্ রোগেও অপেক্ষাকৃত আরোগ্য সম্ভব আছে। যাহউক, এই বিষয়ের প্রকৃত কারণ এই যে, কন্জংটাইভার এই রোগ ডিফ্থিরিয়া নামক ভয়ানক রোগের প্রকাশক একপ্রকার স্থানীয় (Local manifestation) রোগ মাত্র। ইহাতে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর সামান্য প্রদাহও ভয়ানক অসুস্থ আকার ধারণ করিয়া থাকে, এবং তাহাই এই রোগের বিশেষ লক্ষণ।

ডিফ্থারিয়া রোগ সর্ব্বদেশ ও সর্ব্বজন ব্যাপক নহে; উহা দেশ-বিশেষক (Endemic) বা এন্ডেমিক রোগ বলিয়া, আমরা সচরাচর এই রোগ দেখিতে পাই না। কিন্তু যে দেশে এই রোগ প্রাদুর্ভূত হইয়া থাকে, তত্রত্য কোন ব্যক্তি এই রোগপ্রবণ হইলে, কন্জংটাইভা উত্তেজিত হইতে পারে এরূপ কোন কারণ ঘটিলেই, উক্ত রোগের উৎপত্তি হয়। এইরূপে পিউরিউলেন্ট্ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির চক্ষুর ক্লেদস্রাব হইতেও, এই অবস্থাক্রান্ত রোগ উৎপন্ন হইতে পারে।

সংপ্রাপ্তি এবং লক্ষণ।—শরীরের অন্যান্য স্থানে ডিফ্থারিয়া

* See "Maladies des Yeux," par M. Wecker, vol i p 70, Cyprien Raynaud, "Thesis," Paris, 1866, "Lehrbuch der Praktischen Augenheilkunde," von K. Stellwag von Carion, p. 378, 1864, Wien.

রোগ হইলে, তাহার যেরূপ বিশেষ আকৃতিপ্রকৃতি ও লক্ষণাদি দেখিতে পাওয়া যায়, তাহা স্মরণ রাখিলে কন্‌জংটাইভার উক্ত রোগে রোগজপ্রকৃতি অনায়াসেই বোধগম্য হইয়া পড়ে। জিহ্বামূলের পশ্চাদ্ভাগস্থ গলনলীর ঊর্দ্ধদেশে (Fauces), এবং শরীরের অপরাপর অংশে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর উপরিভাগে যদ্রূপ ফাইব্রীন্‌সম্বন্ধীয় নিঃসরণ (Fibrinous exudation) বিনির্গত হইতে দেখাযায়, ডিক্‌থারিয়া রোগাক্রান্ত কন্‌জংটাইভার উপরিভাগে, ও তাহার মিউকস্‌ মেম্ব্রেণের সংযোজক ঝিল্লীতেও তদ্রূপ নিঃসৃত পদার্থ বিনির্গত হইতে স্পষ্ট দেখা যায়। অক্ষিপুটদ্বয় স্ফীত, কঠিন এবং পৈশিক হইয়া পড়ে, সুতরাং অক্ষিপুট উল্টাইতে বা পরস্পর অসংলগ্নীভূত করিতে, ও করিবার চেষ্টাতে রোগী ভয়ানক কষ্ট অনুভব করিয়া থাকে। বিশেষতঃ উহাদিগকে উল্টাইতে প্রায়ই পারা যায় না।

কন্‌জংটাইভাকে পরীক্ষা করিয়া দেখিলে দেখা যায় যে, উহা ঈষৎ পীতবর্ণ; কেবল মধ্যে২ লোহিত বর্ণ চিহ্ন আছে। আর অক্ষিপুটের অন্তর্ভাগ নানাবর্ণের চিহ্ন দ্বারা চিত্রবিচিত্রীকৃত। পীতাভ ফাইব্রীনস্‌ একজুডেশন বা তন্ত্রি-নির্য্যাস সকল উক্ত অংশে অনুপ্রবেশিত হইয়া রক্তবহানাড়ী সকলে প্রতিচাপ ও তাহাদের ক্ষুদ্র২ শাখা সমূহে শোণিত সঞ্চালনের প্রতিরোধ প্রদান করিয়া থাকে। ইহাতে কতকগুলি বৃহত্তর রক্তবহা-নাড়ী প্রকৃত অবস্থায় শয়িত থাকে, আর কতকগুলি ছিন্ন হওয়ায়, তন্মধ্যস্থ পরিবর্ত্তিত পদার্থ উহাদের চতুঃপার্শ্বস্থ তন্ত্রিনিঃসরণ পদার্থকে বিবর্ণীকৃত করিয়া, পূর্ব্বোল্লিখিত নানাবিধ বর্ণচিহ্ন উৎপত্তি করে।

* ডিক্‌থারিয়া রোগের এই প্রথমাবস্থায় অক্ষিপুটের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর আকার, পিউরিউলেন্ট্‌ রোগের প্রথমাবস্থার তত্তৎস্থানের আকার হইতে যে সম্পূর্ণ প্রভিন্ন, তাহা স্পষ্ট প্রতীয়মান হয়। শেষোক্ত স্থলে, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী স্ফীত ও সমভাবে গাঢ়-লোহিত-বর্ণ হয়। উহার উপরিভাগে ইকাইমোসিসের কলঙ্কসকল দেখিতে পাওয়া যায়। ভিল্লাই গুলি বর্দ্ধিত ও উন্নত হওয়ায়, উহা দানাযুক্ত ক্ষত বলিয়া বোধ হয়। কিন্তু ডিক্‌থারিটিক্‌ কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগে, মিউকস্‌ মেম্ব্রেণ ঈষৎ পীত বা ধূসর বর্ণ, ও অপেক্ষাকৃত মসৃণ নানাবর্ণ বলিয়া প্রতীয়মান হয়। উহার উপরিভাগে নিঃসৃত পদার্থের উৎপ্লাবিত রক্তচিহ্ন এবং কতকগুলি বৃহৎ ও ক্রমক্ষীয়মান রক্তবহা-নাড়ী সচরাচর দৃষ্ট হয়।

উক্ত ফাইব্রীনস্‌ একজুডেশন্‌ বা তন্তুনির্য্যাসকে দূরীভূত করিতে গেলে দেখা যায় যে, উহা কন্‌জংটাইভার উপরিভাগে দৃঢ়সংলগ্ন আছে। উহাকে উত্তোলিত করা যায় বটে, কিন্তু উত্তোলিত করিবার সময় উহা খণ্ডং হইয়া বহির্গত হয় ; এবং উক্ত উচ্চাবচ ক্ষতস্থান হইতে রক্তাক্ত তরল পদার্থ নিঃসৃত হয়। অপিচ কেবল কনজংটাইভার উপরিভাগেই নির্য্যাস পদার্থ অবস্থান করে এমত নহে, উহা প্রধানতঃ অধীন-শ্লৈষ্মিক সংযোজক ঝিল্লীতে অবস্থান করে।

উপর্য্যুক্ত পরিবর্ত্তন এবং আকৃতি কেবল অক্ষিপুটীয় কন্‌জংটাইভা সম্বন্ধে সংঘটিত হয় এমত নহে, স্ক্লারোটিকের আবরক শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী সম্বন্ধেও তদ্রূপ আকৃতি ও পরিবর্ত্তন সংঘটিত হইতে দেখা যায়। উক্ত ফাইব্রীনস্‌ একজুডেশন কনজংটাইভায়, এমত কি, অনেক সময়ে কর্ণিয়া পর্য্যন্তও অনুপ্রবেশ করে।

যে সময়ের মধ্যে কন্‌জংটাইভার সংযোজক ঝিল্লীতে তন্তুনির্য্যাস নির্গত হইয়া পড়ে, তাহা এই ডিফ্‌থারিটিক্‌ রোগের প্রথম অবস্থা সচরাচর এই প্রথমাবস্থার পরিমাণ কাল ছয় দিন। ইহাতে রোগীকে জ্বর এবং মস্তক হইতে ললাট পার্শ্ব পর্য্যন্ত চক্ষুর নিদারুণ যাতনা ভোগ করিতে হয়। অক্ষিপুট স্ফীত ও পৈশিক কঠিন হয় বলিয়া, তাহা উন্মীলিত করিতে গেলে এই যাতনার বৃদ্ধি, ও স্পর্শ করিলে ঐ অংশে তাপাধিক্য অনুভূত হইয়া থাকে। এই সময়ে অত্যল্প পরিমাণে তরল রস নির্গত হয়। অধিকন্তু সচরাচর উভয় চক্ষুই আক্রান্ত হইয়া থাকে, কারণ ইতিপূর্ব্বেই উল্লিখিত হইয়াছে যে, এই পীড়া সার্ব্বাঙ্গিক বিশৃঙ্খলতার স্থানিক বিশেষ উদাহরণ মাত্র।

দ্বিতীয় অবস্থা।—এই অবস্থায় তন্তুনির্য্যাসে অপকৃষ্ট পরিবর্ত্তন জন্মিয়া, কোমল ও খণ্ডশঃ ভঙ্গীভূত হইয়া পড়ে। এই সকল খণ্ড ও সংযোজক ঝিল্লী হইতে উৎপন্ন পূয়কোষ এবং পরস্পর অমিশ্রিত শোণিতাণুকোষ (Blood corpuscles) এই সকল একত্রে কন্‌জংটাইভার উপরিভাগ হইতে রক্তাক্ত ক্লেদস্রাববৎ নির্গত হইতে থাকে। এই ক্লেদস্রাবে তন্তু নির্য্যাসের খণ্ড সকল অবস্থান করে, এবং বোধ হয়, উহাদের বিলক্ষণ উত্তেজক ক্ষমতা আছে। অক্ষিপুট উল্টাইলে, উহার আকৃতি সম্পূর্ণ পরিবর্ত্তিত ও প্রায় পিউরিউলেন্ট্‌ কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগের দ্বিতীয় অবস্থাবৎ প্রতীয়মান হয়। রক্তবহা-নাড়ী গুলি প্রসারিত ও অধিকতর রক্তপূর্ণ হইয়া পড়ে। উপরিভাগ যদিও গাঢ়

লোহিত বর্ণ, তত্রাপি উহাতে পীতবর্ণ কতকগুলি নিঃসরণ কলঙ্ক বিদ্যমান থাকে। স্রবণ কার্য্য অতিরিক্ত রূপে সম্পাদিত হয়, ও রোগী প্রায়ই যন্ত্রণা বিরহিত হইয়া পড়ে।

ক্রূপ (Croup) সদৃশ রসের প্রাথমিক অনুপ্রবেশের পরিমাণ ও গভীরতানুসারে এই দ্বিতীয় অবস্থার স্থায়ীকাল নির্দ্দিষ্ট হইয়া থাকে। উহা অধিক হইলে পূয়োদ্‌গমনাবস্থাও দীর্ঘকালব্যাপী হয়, এবং স্বল্প বা বাহ্যিক হইলে, স্বল্প কালের মধ্যেই পূয়োদ্‌গম নিঃশেষিত হইয়া পড়ে।

এই রোগের তৃতীয় অবস্থায় প্রদাহকার্য্য স্থগিত হইয়া যায়; এবং কন্‌জংটাইভাতে, প্রথম ও দ্বিতীয় অবস্থায় যে সকল পরিবর্ত্তন ঘটে, তাহারই ফল উপলব্ধ হইতে থাকে। তন্মধ্যে তন্ত্রি নিঃসরণের দ্বারা বিনাশিত সব কন্‌জংটাইভ্যাল্ টিসু সকলের বিনাশই সর্ব্বাধিক পরিদৃশ্যমান হয়, এবং এই ক্ষতি পূর্ণ হইয়া ক্ষতকলঙ্কের উৎপত্তি হয়। এই সকল ক্ষতকলঙ্ক সঙ্কুচিত হইয়া, কন্‌জংটাইভার অবশিষ্ট কতিপয় রক্তবহা-নাড়ীকে চাপ, ও প্রতিরোধ প্রদান করতঃ, পরিশেষে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীকে একেবারে বিনাশিত করে; এবং তৎপরিবর্ত্তে তথায় শ্বেতবর্ণ ও চিক্কণ ক্ষতকলঙ্কিত টিসু উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই বিনাশের পরিমাণানুসারে তৃতীয় অবস্থায় স্থায়ীকালেরও বিভিন্নতা হয়, সুতরাং ক্ষতিপূরক প্রক্রিয়ার ন্যায়, উহা সচরাচর কিঞ্চিৎ দীর্ঘকালব্যাপী হইয়া থাকে।

রোগনির্ণয়।—এম্ ওয়েকার সাহেব বর্ণনা করেন যে, ব্যক্তিভেদে ডিফ্‌থারিটিক্ কনজংটিভাইটিস্ রোগের এই তিন অবস্থার ভয়ানকত্বেরও প্রভেদ হইয়া থাকে, এবং প্রথম অবস্থা স্বল্প সময়ের মধ্যে নিঃশেষিত হইলে, এই রোগ পিউরিউলেন্ট্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। যাহা হউক, এইরূপ ভ্রম হইলে চিকিৎসা দ্বারাও কোন বিপদ ঘটিবার সম্ভাবনা নাই। কারণ, এবম্বিধ স্থলে উভয়বিধ রোগেই নাইট্রেট্ অব্ সিল্‌ভার সলিউশন অথবা ভ্যালেলিউট্ কষ্টিক্ পেন্সিল্ ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

যে সকল ব্যক্তির শরীরের অবস্থা নিতান্ত অসুস্থ হইয়া কনজংটিভাইটিস্ রোগ জন্মে, এবং কন্‌জংটাইভাতে অপ্রাকৃতিক মেম্ব্রেণ উৎপন্ন হইবার সম্ভাবনা থাকে, তাহাদের পক্ষে ঐ রোগ ডিফ্‌থারিক্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ বলিয়া যে ভ্রম হইতে পারে না, তদ্বিষয়ে আমার

কোন উল্লেখ করিবার আবশ্যকতা নাই। কারণ, প্রথম দৃষ্টিতে এতদুভয় রোগের কিঞ্চিৎ সৌসাদৃশ্য ব্যতিরেকে, উক্ত অংশে উহাদের অন্য-কোন সাদৃশ্যভাব লক্ষিত হয় না। উক্ত অপ্রাকৃতিক মেম্ব্রেণ গুলিকে অনায়াসেই কনজংটাইভার উপবিভাগ হইতে উত্তোলিত করিয়া লওয়া যাইতে পারে। উহাদের তলস্থ মিউকস মেম্ব্রেণ জবাপুষ্পের ন্যায় রক্তবর্ণ দেখায়। কিন্তু ডিফ্‌থারিটিক কনজংটিভাইটিস্‌ রোগে, তন্ত্রিনিঃসরণ গুলিকে কেবল খণ্ড২ করিয়া বহিঃসৃত করিয়া লওয়া যাইতে পারে। ক্ষত স্থানের উপরিভাগ পীতবর্ণ ও দানাবৎ প্রতীয়মান হয়; এবং তথাহইতে পীতাভ-রক্তবর্ণ তরল রস নিঃসৃত হইতে থাকে।

রোগের জটিলতা এবং ফল।—সপিউরেটিভ কনজংটিভাইটিস্‌ রোগে, যেমত নৈর্ম্মাণিক পরিবর্ত্তন দ্বারা কর্ণিয়া পীড়িত হওতঃ রোগীর দৃষ্টি বিনাশিত হইয়া থাকে, ডিফ্‌থারিটিক কনজংটিভাইটিস্‌ রোগেও উহা তদ্রূপ সঙ্কটে পতিত হয়, এবং দুর্ভাগ্যক্রমে রোগের বিষাক্ত বা সংক্রামক অবস্থা-প্রযুক্ত আমরা চক্ষুরক্ষা করিবার সমুদায় চেষ্টায় সচরাচর বিফল-প্রযত্ন হইয়া থাকি।

এই রোগে কর্ণিয়াকে দুইবার বিপদে পতিত হইতে হয়। প্রথমতঃ, তন্ত্রিনিঃসরণ কর্ণিয়ার স্তরাঙ্গ মধ্যে অনুপ্রবিষ্ট হইতে পারে, ও তথায় অপকৃষ্ট অবস্থায় পরিণত হইয়া উহাকে সম্পূর্ণ বিনষ্ট করে। এই অনুপ্রবেশ প্রযুক্তই আমরা কখন২ ডিফ্‌থারিটিক কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির চক্ষুরুন্মীলন করিয়া দেখিলে, কর্ণিয়াকে পীতপাংশু বর্ণ দেখিতে পাই, এবং রোগের দ্বিতীয় অবস্থা উপনীত হইলে, কর্ণিয়া নিঃসৃতপদার্থের সহিত অনেক স্থান পর্য্যন্ত ভাঙ্গিয়া পড়িতে থাকে, ও একটী বৃহৎ ষ্ট্যাফিলোমার (বায়ুস্ফীতি) উৎপত্তি হয়। অন্যান্য স্থলে, কর্ণিয়া বেষ্টন করিয়া পরিধিবৎ একটী গভীর ক্ষত দেখিতে পাওয়া যায়। এই লক্ষণটী এই রোগের ভয়ানক লক্ষণ,—ইহাতে যত্ন করিলেও ক্ষত সচরাচর অতি শীঘ্র২ বিস্তারিত হইয়া পড়ে। এমত কি, দুই এক ঘন্টার মধ্যেই ভয়ানক বিপদ ঘটিয়া কর্ণিয়া একেবারে বিনাশিত হয়। এই ক্ষতপ্রক্রিয়া কখন২ আশ্চর্য্য রূপে আমাদের অভিপ্রায়ের সম্পূর্ণ বিপরীত কার্য্য করিয়া থাকে। ইহাতে কর্ণিয়া প্রথমতঃ আবিল বলিয়া বোধ হয়;—উহা যেন ঠিক্‌ কেরাটাইটিস্‌ (Keratitis) রোগাক্রান্ত হইয়াছে। কতিপয় দিবসের মধ্যে এই অবস্থা অপনীত হইয়া গেলে, কর্ণিয়ার অগ্র ও মধ্যান্তর পরস্পর অসংলগ্নীভূত

হইতে থাকে, ও পরিশেষে বিনষ্ট হইয়া যায়। চক্ষু পরীক্ষা করিয়া দেখিলে, প্রথমতঃ কর্ণিয়া উজ্জ্বল ও পরিষ্কৃত বলিয়া বোধ হয়, কিন্তু গূঢ়তর পরীক্ষা করিয়া দেখিলে, আমাদের এরূপ প্রত্যয় হইবে যে, কেবল পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরই পীড়াক্রমিত হয় নাই, উহা তৎপশ্চাদ্বর্ত্তী য়্যাকিউয়স্ হিউমারের প্রতিচাপ দ্বারা সম্মুখদিকে উন্নত হইয়া উঠিয়াছে। যাহাহউক উহার এই বিতান অধিক দিন স্থায়ী থাকে না, উহা স্ফুটিত হইয়া তচ্ছিদ্র মধ্য দিয়া লেন্স্, য়্যাকিউস্ হিউমার, এবং আইরিসের কিয়দংশ বহির্গত হইয়া পড়ে।

দ্বিতীয়তঃ। যদি রোগী উপর্যুক্ত বিপদাক্রান্ত না হয়, এবং পীড়ার বলবৎ অবস্থাসময়ে যদি কর্ণিয়া বিনাশিত না হয়, তথাপিও রোগের শেষাবস্থায় কর্ণিয়ার অনেক বিপদ ঘটিবার আশঙ্কা আছে। রোগের তৃতীয় অবস্থায় ক্ষতশুষ্ক হইয়া অক্ষিপুটীয় কন্‌জংটাইভায় যে সকল উচ্চাবচ ক্ষতচিহ্ন উৎপাদিত হয়, তাহা কর্ণিয়ার উপরিভাগে সতত ঘর্ষিত হইয়া, কর্ণিয়ার স্বচ্ছতা ও রোগীর দৃষ্টি সম্পূর্ণ ধ্বংস করে। যাহাহউক, এইরূপ হইলেই যে, মন্দাবস্থার শেষ হইল এমত নহে। কিছু দিনের মধ্যেই ঐ সকল ক্ষতচিহ্ন সঙ্কুচিত হইয়া, অক্ষিপুটের সিলিয়ারি প্রান্তভাগকে ক্ষুদ্রতর ও স্থানচ্যুত করতঃ, দুর্দ্দম্য ইন্‌ট্রোপিয়ম্ রোগের উৎপত্তি করিয়া দেয়। পরিশেষে, ক্ষতসংস্কার প্রক্রিয়ায় অক্ষিপুটীয় ও আক্ষিক উভয় কন্‌জংটাইভাই পরস্পর মিলিত, এবং কন্‌জংটাইভ্যাল্ স্যাক্ লুপ্ত হইয়া পড়ে।

ভাবিফলতত্ত্ব।—এই ভয়ানক পীড়ায়, পূর্ব্ব বর্ণিত বর্ণনা দ্বারা ইহা প্রমাণীকৃত হইতেছে যে, উহার শেষফল প্রায়ই শুভ হয় না। যদি রোগের প্রথমাবস্থা ভয়ানক হয়, তবে আমাদিগকে ভাবিফলের নিমিত্ত অতিশয় চিন্তিত হইতে হয়। ইহাতে কর্ণিয়ার নির্ম্মাণ অবশ্যই বিশৃঙ্খল হইয়া পড়ে, এবং তাহা দেখিয়াই অন্যান্য বিষয়ের মত স্থির করিতে হয়। যে সকল স্থল বাহ্যিক সামান্য বলিয়া বোধ হয়, তাহাতেও ভাবিফলের নিমিত্ত আমাদিগকে অতিশয় সতর্ক হইতে হয়। কারণ, পিউরিউলেন্ট্ কনজংটিভাইটিস্ রোগের ন্যায় এই পীড়াও একবার আরোগ্য হইয়া পুনঃপ্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে, এবং যে রোগ প্রথমবার অশুভজনক বলিয়া বোধ হয় নাই, দ্বিতীয় বারে তাহা ভয়ঙ্কর অশুভজনক হইয়া উঠিতে পারে।

পুনরনুশীলন (Recapitulation)।—পূর্ব্বোক্ত বিষয়ক বর্ণনা শেষ করিবার পূর্ব্বে ডিফথারিয়া রোগের লক্ষণ বিষয় সংক্ষেপে পুনর্ব্বর্ণিত হইতেছে। এই রোগ তিন অবস্থায় বিভাজিত হইতে পারে। প্রথমাবস্থা—তন্ত্রিনিঃসরণাবস্থা। দ্বিতীয় অবস্থায়—ঐ সকল নিঃসৃত পদার্থ খণ্ডশঃ ও তরলীভূত এবং স্থানান্তরিত হয়। তৃতীয় অবস্থায়—ক্ষতশুষ্ক ও ক্ষতচিহ্ন সকল উৎপন্ন হইয়া কন্‌জংটাইভার পুনঃসংস্কার আরম্ভ হয়।

প্রথম অবস্থার স্থিতিকাল পাঁচ দিবস হইতে দশ দিবস পর্য্যন্ত। এই অবস্থায় রোগী, জ্বর এবং চক্ষু ও তন্নিকটবর্ত্তীস্থানে ভয়ানক যন্ত্রণা ভোগ করে। অক্ষিপুটদ্বয় স্ফীত ও মাংসপিণ্ডবৎ কঠিন (Brawny hard) হয়। উহাদিগকে পরস্পর সংযোগচ্যুত করিলে, কন্‌জংটাইভাকে ঈষৎ পীতবর্ণ দেখায়; এবং উহার উপবিভাগে কতকগুলি বিস্তৃত রক্তবহা-নাড়ী বিচরণ করিতে থাকে, ও উহাতে মধ্যেং ইকাইমোসিসের কতকগুলি কলঙ্ক দৃষ্ট হয়। বিস্ফুং শোণিত সমন্বিত পীতাভ তরল-বসবৎ-পদার্থ কখনং কন্‌জংটাইভার উপরিভাগ হইতে নিঃসৃত হইতে থাকে। অধিকাংশ স্থলে কর্ণিয়া অল্প বা অধিক পরিমাণে অস্বচ্ছ হওয়ায়, উহা দেখিতে কার্বনেড্ অব্ লেড্ সলিউশন্ দ্বারা রঞ্জিতবৎ প্রতীয়মান হয়।

দ্বিতীয় অর্থাৎ রোগের পূয়োৎপাদক অবস্থার স্থিতি কালের কোন নির্দ্দেশ নাই। এই অবস্থায় চক্ষুর যাতনা প্রায়ই রহিত হইয়া পড়ে; কিন্তু চক্ষু হইতে সতত অপরিমিত রস স্রুত হইতে থাকে। উহা অক্ষিপুটদ্বয় উন্মীলিত করিলেই তন্মধ্য দিয়া বিগলিত হইয়া পড়ে। এই রস সঞ্চারী-ক্লেদব্যঞ্জক। বস্তুতঃ উহা পূয়, রক্ত ও এই ডিফথারিয়া রোগসম্বন্ধীয় নিঃসৃত পদার্থের পরস্পর মিশ্রণে উৎপন্ন। কন্‌জংটাইভা উজ্জ্বল-লোহিতবর্ণ ও স্ফীত হয়, এবং উহার উপরিভাগে পূর্ব্বাবস্থায় বর্ণিত নিঃসৃত পদার্থের কলঙ্কচিহ্নও দেখা গিয়া থাকে। এই অবস্থাতেই কর্ণিয়ায় ধ্বংসকারক পরিবর্ত্তন সকল অতি শীঘ্র শীঘ্র আবির্ভূত হইতে থাকে। বিশেষ করিয়া না দেখিলে, কর্ণিয়া উজ্জ্বল ও পরিষ্কার বলিয়া বোধ হইতে পারে। কিন্তু বাস্তবিক তাহা নহে, উহা তখন অনেক দূর পর্য্যন্ত বিনাশিত হইয়াছে। কোন কোন স্থলে পূয়োদ্‌গম আরম্ভ হইলেই কর্ণিয়া আর্দ্র ধৌতকার্য্যোপযোগী সংস্কৃত চর্ম্মের ন্যায় দৃষ্ট হয়। আর কোন কোন স্থলে, উহার পরিধিভাগে গভীর ক্ষত সকল

সত্বর উৎপন্ন হইতে থাকে। যাহা হউক, এই রোগের পূর্ব্বোৎপাদক অবস্থার আদ্যন্ত পর্য্যন্ত কর্ণিয়াকে অতি কদাচিত্ প্রকৃত অবস্থায় স্থায়ী থাকিতে দেখা যায়।

যে অবস্থায় ক্ষত-কলঙ্কিত টিসুসকল শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর পরিবর্ত্তে উৎপন্ন হয়, তাহাই এই ডিফ্‌থারিটিক্ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের তৃতীয় অবস্থা। এই অবস্থায় দ্বিতীয় অবস্থার রক্তবহা-নাড়ী-সমাবেশন ক্রমশঃ অদৃশ্য হইতে আরম্ভ হয়, এবং রসস্রাব রহিত হইয়া পড়ে। অক্ষিপুটের অন্তর্ভাগ চিক্কণ ও শুক্লবর্ণ এবং সীতারিতবৎ প্রতীয়মান হইয়া থাকে। এই নূতন টিসু অতিশয় সঙ্কোচক এবং ইন্‌ট্রোপিয়ম্ রোগোৎপাদক। ইহার উচ্চাবচ উপরিভাগ তদ্বিপরীতদিকস্থ কর্ণিয়ার উপরিভাগে সতত ঘর্ষিত হওয়ায়, তাহা নিতান্ত আবিল হইয়া পড়ে, সুতরাং দ্বিতীয় অবস্থায় কর্ণিয়াতে কোনরূপ বিপদ না ঘটিলেও, এবম্বিধ গৌণ পরিবর্ত্তন দ্বারা এই অবস্থায় রোগীর দৃষ্টিবিনাশ হইতে পারে।

কারণ।—যেসকল স্থানিক উত্তেজনায় শরীরের অপরাপর অংশে ডিফ্‌থারিটিক প্রদাহোৎপত্তি হইয়া থাকে, ঠিক্ সেই সকল উত্তেজনাই কন্‌জংটাইভাতে উক্তবিধ রোগের উৎপত্তি করিয়া দেয়। যে প্রদেশে ডিফ্‌থারিয়া রোগ দেশবিশেষজ অর্থাৎ এন্‌ডেমিক্ (Endemic), কেবল তথায়ই এই রোগের অধিক প্রাদুর্ভাব। অপিচ ইহাতে জানা গিয়াছে যে, এই রোগ কন্‌জংটাইভা হইতে নাসারন্ধ্র, মুখ ও গলদেশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া থাকে। অধিকন্তু ডিফ্‌থারিয়া রোগাক্রান্ত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী হইতে নির্গত পদার্থ, যদি তদ্রোগ-বিরহিত কোন সুস্থ চক্ষুতে স্পর্শিত হয়, তাহাহইলে সেই চক্ষুতেও তদ্রূপ রোগোৎপত্তি হইয়া থাকে। বাস্তবিক ইহা বিলক্ষণ সংক্রামক রোগ বলিয়া, পীড়িত চক্ষুর কোন-প্রকার স্রস্ত পদার্থ যাহাতে সুস্থ চক্ষুর মধ্যে প্রবেশ করিতে না পারে, এরূপ যত্ন করা সর্ব্বতোভাবে প্রয়োজনীয়।

অষ্টমবর্ষের ন্যূনবয়স্ক বালকদিগেরই সচরাচর এই পীড়া হইয়া থাকে; এবং অধিকাংশ স্থলে এই পীড়ায় উভয় চক্ষুই পীড়িত হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—ডিফ্‌থারিটিক্ কন্‌জংটিভাইটিস্ ডিফ্‌থারিয়া নামক দুর্দ্দম্য রোগবিশেষের স্থানীয় রোগ বলিয়া, এই রোগারম্ভে যে সকল অপায়চয় প্রায়ই ঘটিয়া থাকে, তাহা সম্যক্ নিবারণ করা অতিশয় কঠিন ও অসম্ভব কর্ম্ম।

জার্মান চিকিৎসক দিগের মধ্যে কেহ২ প্রদাহের আতিশয্য অনুসারে তন্নিবারক ব্যবস্থাদি (Antiphlogistic regimen) অর্থাৎ রুগ্ন স্থানে কার্য্যসাধনোপযোগী সুশীতল জলসংযোগ, তৎস্থান হইতে রক্তমোক্ষণ এবং যেসকল বস্তু আহার করিলে প্রদাহ নিবারিত হইতে পারে তাহা পথ্য স্বরূপে আহার করিতে দেওয়া, ইত্যাদি চিকিৎসাপ্রণালী অবলম্বন করিতে আদেশ করিয়া থাকেন। আর কেহ২ আবার এইরূপ ব্যবহারের পর অধিক মাত্রায় পুনঃ২ পারদৌষধ (মার্করি) সেবন করিতে অনুমতি দিয়া থাকেন। কারণ, রোগীকে যত শীঘ্র এই ঔষধের কার্য্যাধীনে আনা যায় ততই উত্তম। ক্যালমেল্ এবং মার্করি পর্য্যাপ্ত পরিমাণে শরীরে প্রক্ষণ করা, রোগের বৃদ্ধি স্থগিত রাখিবার এক প্রধানতম উপায়। ইউরোপ মহাদেশবাসী অন্যান্য চিকিৎসকগণও এই ঔষধ প্রায় ঠিক্ এইরূপে ব্যবহার করিয়া থাকেন। এম্ ওয়েকার সাহেব ডিফ্থারিটিক্ কন্জংটিভাইটিস্ রোগের প্রথমাবস্থায়, অক্ষিপুটে শীতল জলার্দ্র বস্ত্রখণ্ড ও কপোলপার্শ্বে জলৌকা সংলগ্ন করিতে ব্যবস্থা প্রদান করিয়া থাকেন। এতদ্ব্যতীত তিনি প্রত্যেক দ্বিতীয় ঘণ্টায়, ক্যালমেল্ ব্যবহার করিতে দৃঢ় অনুমতি প্রদান করিয়া থাকেন। তাঁহার মতে এই পারদ ব্যবহারে যখন রোগীর মুখ-আইসে, অর্থাৎ মুখহইতে অনবরত লালা নির্গত হইতে থাকে, তখন কন্জংটাইভার পীতপাংশু বর্ণ বিনষ্ট হইয়া যায়; এবং সত্বর দ্বিতীয় অবস্থা আসিয়া সমুপস্থিত হয়। তিনি আরো বলিয়া থাকেন যে, স্বল্প জ্বরজ লক্ষণগুলি অপনীত করিতে কেবল টার্টার য়্যামেটিকেরই বিশেষ গুণ আছে। *

---

* ডাক্তার পেজনষ্ট্রেচার সাহেব এই ডিফ্থারিটিক্ কন্জংটিভাইটিস্ রোগের চতুর্দ্দশ স্থলে রক্তমোক্ষণ ও শীতল জলের ব্যবস্থা, এবং রস নির্গমনকালীন কন্জংটাইভায় কষ্টিক্ ও য়্যাট্রোপাইন প্রদান করিয়া ছিলেন। ইহাতে ছয় জন রোগীর কোন উপকার দর্শে নাই, অবশিষ্ট স্থলে অল্প বা অধিক পরিমাণে উপকার দর্শিয়া ছিল। অফ্থ্যাল্মিক্ রিভিউ, ভল্ ১, পৃষ্ঠা ১৯০।

অধ্যাপক গ্রেফওয়াগ সাহেব এই পীড়ার প্রাবল্য সময়ে, যখন য়্যাণ্টিফ্লোজিষ্টিক্ অর্থাৎ প্রদাহ নিবারক ঔষধ অবলম্বন করিতে সম্পূর্ণ মত প্রকাশ করেন, তখন মার্করি এবং অপরাপর বিখ্যাত য়্যাণ্টিপ্ল্যাষ্টিক্ (Antiplastic) ঔষধকে "সর্ব্বতোভাবে নিশ্চয়ই অনুপকারক" বলিয়া, তদ্ব্যবহার পরিত্যাগ করিবার উল্লেখ করিয়া গিয়াছেন।

অপিচ "অফ্থ্যাল্মিক হস্পিট্যাল্ রিপোর্টস্" ১ম খণ্ড, ৩৬৩ পৃষ্ঠা দেখ। তথায় ক্যালমেল ব্যবহার করিয়াও এই রোগ সত্বর বর্দ্ধিত হইয়াছে বলিয়া লিখিত হইয়াছে।

ইউরোপ মহাদেশবাসী চিকিৎসকদিগের এই ডিফ্থারিটিক কন্জংটিভাইটিস্ রোগে বিশেষ বহুদর্শিতা আছে; এতদ্বিষয়ে কোন সন্দেহ না থাকায়, তাহাদের চিকিৎসা-প্রণালীর অনুবর্ত্তী হওয়া আমাদের সর্ব্বতোভাবে উচিত। কিন্তু ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব স্বকীয় বহুদর্শিতা গুণে ঐ প্রণালীর অনুবর্ত্তী হইতে কখনই পরামর্শ দেন না। তদবলম্বিত একটী মত, ইংলণ্ড ও আমেরিকা উভয় স্থানেই সর্ব্ব সাধারণ জনগণ ডিফ্থিরিয়া রোগ চিকিৎসায় সমাদরে গ্রহণ করিয়া থাকেন †। রোগের প্রথমাবস্থায় তিনি অন্যান্য ঔষধাপেক্ষা অধিক মাত্রায় সেস্কুই ক্লোরাইড্ অব্ আইরণ, ক্লোরেট অব্ পোট্যাসের সহিত মিশ্রিত করিয়া সেবন করিতে দিয়া থাকেন। ত্রিশ ফোটা সেস্কুই ক্লোরাইড অব্ আইরণের টিংচার, বিংশতি গ্রেণ ক্লোরেট অব্ পোট্যাসের সহিত মিশ্রিত করিয়া, প্রত্যেক তৃতীয় ঘণ্টায় সেবন করিতে হয়। রোগী জ্বর ভোগ করিতে থাকিলেও এই ঔষধ সেবনের কোন ব্যতিক্রম করা উচিত নহে। কোষ্ঠ পরিষ্কার আছে কি না, বিশেষ করিয়া তদনুসন্ধান লইতে হয়।

শয়নের পূর্ব্বে উত্তপ্ত জলে শরীর ধৌত করিলে, ঘর্ম্ম নির্গত হইয়া শরীর স্নিগ্ধ ও সুশীতল হয়। সাধারণতঃ এই রোগে দুর্ব্বলকারক কোন ঔষধ (Lowering plan) ব্যবস্থা করা কদাচ যুক্তিযুক্ত নহে। মাংসসূপ এবং তদ্রূপ অন্যান্য সৎপথ্য ব্যবস্থা করা উচিত। রাত্রিকালে শয়ন সময়ে রোগীর নিদ্রাকর্ষণের নিমিত্ত, মর্ফিয়া বা আফিঙ্গঘটিত তদ্রূপ অন্য কোন ঔষধ অধিক মাত্রায় রোগীকে সেবন করিতে দেওয়া অত্যন্ত আবশ্যক।

স্থানিক চিকিৎসার পক্ষে, এই রোগের প্রথমাবস্থায় কষ্টিক ব্যবহার করা কদাচ বৈধ নহে। কারণ, কন্জংটাইভার রক্তবহা-নাড়ী-

† অধ্যাপক ষ্টেলওয়াগ সাহেবের কৃতগ্রন্থ আমেরিকা সংস্করণে লিখিত আছে—"যে কোন আকারে হউক না কেন, ইউনাইটেড্ষ্টেট্স্ প্রদেশে. এই ডিফথারিয়া রোগোপশমে যতদিন পর্য্যন্ত রোগী রোগাক্রমণ হইতে উত্তীর্ণ না হয়েন, তত দিন পর্য্যন্ত আইরণ এবং পুষ্টিকর দ্রব্য (Nutrients) অর্থাৎ বিফ্-টি (Beef tea) ইত্যাদি সেবন ও আহার করাই সর্ব্বসাধারণ জনাবলম্বিত উৎকৃষ্ট চিকিৎসা প্রণালী। আমাদের বোধ হয়, ইহা যেমন এই ডিফ্থারিটিক্ কন্জংটিভাইটিস্ রোগোপশমে উপযুক্ত প্রযোজ্য, তদ্রূপ ডিফ্থিরিয়া শোণিতাময়ের (Blood disease) অন্যান্য প্রকার রোগেও সম্যক প্রযোজনীয় হইতে পারে"।—৩২৫ পৃষ্ঠা।

সঞ্চরণ চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী রোগজ তন্ত্রিনিঃসরণ দ্বারা গতি বিহীন থাকায়, এই কষ্টিক্ প্রলেপনে উক্ত গতি-বিহীনতার বৃদ্ধিই হইবেক। বাস্তবিক এই রোগে, এবং পূর্ব্বোক্ত সকল প্রকার কন্জংটিভাইটিস্ রোগে, যে সকল নিয়মোল্লিখিত হইয়াছে, এস্থলে তৎসমুদায়ই স্মরণ রাখিয়া কার্য্য করিতে হয়। ক্লেদস্রাব ব্যতিরেকে কষ্টিক্ ব্যবহার করা কোন মতেই বৈধ হয় না।

যখন ক্লেদস্রাব একবার হইতে আরম্ভ হয়, এবং কনজংটাইভা আরক্তিম ও রক্তবহানাড়ী-সম্বলিত হইয়া পড়ে, তখন স্থানিক ঔষধ প্রলেপনের ব্যবস্থা পরিবর্ত্তন করিয়া, পিউরিউলেন্ট কনজংটিভাইটিস্ রোগে যেরূপ ব্যবস্থা প্রদত্ত হইয়াছে, সেইরূপ ব্যবস্থার অনুবর্ত্তী হওয়া আবশ্যক। কর্ণিয়ায় কোন প্রকার ক্ষত উৎপন্ন না হইলে, পাঁচ গ্রেণ নাইট্রেট অব্ সিল্ভার, এক ঔন্স জলে মিশ্রিত করতঃ সেই সলিউশন মধ্যে মধ্যে চক্ষুতে ফোটা২ করিয়া প্রদান করিতে হয়। কিন্তু যে স্থলে কর্ণিয়ায় ক্ষত জন্মিয়াছে, তথায় অতি সাবধানে অক্ষিপুটীয় কন্জংটাইভার উপবিভাগে ডায়েলিউট্ কষ্টিক্ পেন্সিল ঘর্ষিত করিয়া দিতে হয়। তৎপরে অক্ষিপুটের উপরিভাগে শীতল জলার্দ্র বস্ত্র সংলগ্ন করা, ও চক্ষুকে সতত পুঙ্খানুপুঙ্খ রূপে পরিষ্কৃত রাখা সর্ব্বতো-ভাবে বিধেয়। আর ইহাও স্মরণ থাকা অতীব আবশ্যক যে, কন্জং-টাইভার ক্লেদস্রাবের স্পর্শ-সঞ্চারী ও উত্তেজক উভয় গুণই আছে; সুতরাং উহা চক্ষুতে অপরিষ্কৃতভাবে অবস্থিত থাকিলে, পীড়া আরোগ্য না হইয়া বলবৎ থাকে। সাধারণ চিকিৎসার পক্ষে, এই অবস্থায়ও টিংচার অব্ আইরণ এবং ক্লোরেট অব্ পোট্যাস্, মফিয়া এবং উত্তপ্ত জলে স্নান বা গাত্রধৌত ইত্যাদি সমুদায় ব্যবস্থা ব্যবহৃত হইয়া থাকে।

এই রোগের তৃতীয় অবস্থায় রোগীকে অনুগ্র য়্যাষ্ট্রিন্জেন্ট্ লোশন্ দিবসে দুই বার করিয়া চক্ষুতে প্রদান করিবার ব্যবস্থা দেওয়া যাইতে পারে। সর্ব্বদা কদুষ্ণ জলে চক্ষু ধৌত করিতে হয়। এই রোগজ বিনাশক কার্য্যাদি দ্বারা টিসু সকল ধ্বংস হয়, তন্নিমিত্ত ঐ সকল স্থান শুষ্ক ও সঙ্কুচিত হইয়া যে চিহ্নিত হইয়া পড়ে, তন্নিবারণ করিতে আমাদের কিঞ্চিন্মাত্রও সাধ্য নাই।

গ্র্যানিউলার কনজংটিভাইটিস্ (Granular conjunctivitis) —কন্জংটাইভার এই রোগকে সচরাচর মিলিটারী অফ্থ্যাল্মিয়া রোগ

কহিয়া থাকে*। যে সকল নিম্নশ্রেণীস্থ লোকেরা সতত ম্যালেরিয়া এবং অন্যান্য দুর্ব্বলকারক ঘটনা ভোগ করিয়া থাকে, এই রোগ সাধারণতঃ তাহাদের পক্ষে ঘটিয়া থাকে। এই রোগে কন্‌জংটাইভার সংযোজক ঝিল্লীতে, বিশেষতঃ টার্সো অর্বিট্যাল্ ফোল্‌ডে, এবং কখনং কর্ণিয়াতে, অসংখ্য ক্ষুদ্রং দানাবৎ পদার্থ বিস্তৃত থাকিতে দেখা যায়। এই সকল পদার্থ কনজংটাইভার সংযোজক ঝিল্লীর কোষ সকল হইতে সমুদ্ভূত হয়। উহাতে রক্তবহা-নাড়ী কিম্বা স্নায়ু কিছুই নাই, তন্নিমিত্ত উহারা গ্লাণ্ডস হইতে সম্পূর্ণ প্রভিন্ন। বাস্তবিক উহারা নবোৎপন্ন পদার্থ; কোন প্রকার পূর্ব্বস্থায়ী পদার্থের সমুন্নত অবস্থা নহে।

গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত ব্যক্তির অক্ষিপুট উল্টাইলে, অধিকাংশ স্থলে দেখা যায় যে, কন্‌জংটাইভাস্থ প্যাপিলি গুলিতে অধিক বা অল্প পরিমাণে রক্ত সংঘাত এবং বৃহত্তরীভূত অবস্থা হইয়াছে। উহাদের বর্ণ পীড়ার অবস্থানুসারে প্রভিন্ন হইয়া থাকে। এই রোগ পুরাতন অর্থাৎ দীর্ঘকাল স্থায়ী হইলে, প্যাপিলা আচ্ছাদক ইপিথিলীয়ম্ স্থূল হইয়া পড়ে। প্যাপিলাগুলি উন্নত ও পাংশুপাটল আরক্তিম হইয়া, টার্স্যাল্ কন্‌জংটাইভাতেই আবদ্ধ থাকে। অপিচ এই রোগে নিওপ্লাষ্টিক্ গ্রোথ্ সকল সুপেরিয়র টার্সো অর্বিট্যাল্ ফোল্‌ডে অপর্য্যাপ্ত রূপে দেখিতে পাওয়া যায়। উহারা কখনং অর্বিট্যাল্ কন্‌জংটাইভায়, যেখানে কোন প্রকার গ্লাণ্ডস নাই, তথায়ও বিস্তৃত হইয়া পড়ে। যাহাহউক সচরাচর উহারা এত ক্ষুদ্র যে, এক খণ্ড লেন্স ব্যতিরেকে উহাদিগকে স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া অতিশয় কঠিন হইয়া পড়ে। কিন্তু উহারা অক্ষিপুটীয় অথবা আক্ষিক শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে যেখানেই অবস্থান করুক না কেন, সর্ব্বত্রই পূর্ব্ববর্ণিত ক্ষুদ্রং দানাবৎ আকার ধারণ করে। কন্‌জংটাইভার অব্যবহিত নিম্নভাগে, উহাদিগকে ঠিক্ মিলেট্ শস্যের ন্যায় বলিয়া প্রতীয়মান হয়। পীড়ার বৃদ্ধির সঙ্গেং এই সকল দানাবৎ পদার্থেরও আকৃতি বৃদ্ধি হইতে থাকে; এবং তৎসময়ে উহাদিগকে প্যাল্‌পিব্র্যাল্ এবং অর্বিট্যাল্ কন্‌জংটাইভার

* See "Maladies des Yeux" Par M. Wecker, vol. I p. 98; "Lehrbuch der Augenheilkunde," von Stellwag v. Carion, p 385; "L' Ophthalmie Militaire ... l' Académie Royale de Medecine de Belgique," par le Dr. Warlomont, Ann. ... Oculistique, tom. xlii 127.

বৃহত্তরীভূত ভিলাই সমুহ মধ্যে সুস্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে। উহারা কখনং কর্ণিয়া পর্য্যন্তও বিস্তৃত হয়। এই রোগ দীর্ঘকালব্যাপী হইলে, অন্তঃকৌষিক পদার্থের অতিরিক্ত উদ্ভব প্রযুক্ত উহারা পিচ্ছিল গুণাত্মক হইয়া পড়ে। উহাদের আকার ও স্বচ্ছতা সিদ্ধ টেপিওকা শস্যের ন্যায়। কোনং সংপ্রাপ্তিজ্ঞ চিকিৎসক উহা ভেকডিম্ব সদৃশ বলিয়া বর্ণনা করিয়াগিয়াছেন।

এই সকল দানাবৎ পদার্থের প্রথমাবস্থায়, তত্তৎস্থানবর্ত্তী টিসুতে অগ্রে য়্যামোনিয়া মিশ্রিত কার্মাইন সলিউশন্ প্রদান করতঃ, যদি অণুবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা দেখা যায়, তাহা হইলে উহাদিগকে বৈজিক পদার্থ (Germinal matter) সংঘটিত ব্যতিরেকে আর কিছুই বলিয়া বোধ হয় না। পরে এই সকল পদার্থ ক্রমশঃ মেদাত্মক অপকৃষ্ট অবস্থায় পরিণত হইলে, তখন আর উহাদিগকে কার্মাইনের দ্বারা রঞ্জিত করা যায় না। আর দীর্ঘকাল ব্যাপী যে সকল স্থলে, কোষোপাদানের পরিবর্ত্তে পূর্ব্ব-বর্ণিত পিচ্ছিল অন্তঃকৌষিক পদার্থ বিদ্যমান থাকে, তথায়ও উহা-দিগকে কার্মাইনের দ্বারা রঞ্জিত করা যায় না। সংযোজক ঝিল্লীর সুস্থ বৈজিক পদার্থ ও গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগজ নিওপ্ল্যাষ্টিক্ গ্রোথস্, এতদুভয়ের প্রভেদ সচরাচর সম্পূর্ণ দুরবগম্য। যাহাহউক, যদিও ইহারা আকারে সুস্থ বৈজিক পদার্থের তুল্য, কিন্তু গুণে উহাদের পরস্পর কোন সাদৃশ্য নাই। কারণ উক্ত গ্র্যানিউলার অর্থাৎ দানাবৎ পদার্থ সকল পরিপুষ্ট হইয়া, সংযোজক ঝিল্লীতে পরিণত না হইয়া, বসা কিম্বা অন্য কোন ধ্বংসশীল পদার্থে অপকর্ষিত হয়। এই সকল ধ্বংসশীল পদার্থ ক্রমশঃ চতুষ্পার্শ্বে অবসৃত হইয়া, তত্তৎ স্থানকে সঙ্কুচিত করতঃ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শুষ্কক্ষতচিহ্নের উৎপত্তি করে। কন্‌জংটাইভা সম্বন্ধীয় টিসুর এইরূপ সঙ্কুচিত অবস্থা, ও শুষ্ক ক্ষতচিহ্নবীথিকার বিদ্যমানতাই এই রোগের অশুভ ফলোৎপত্তির প্রধান ঘটনা। ক্ষত-চিহ্ন থাকায়, কন্‌জংটাইভার উপবিভাগ উচ্চাবচ হয়, এবং তাহা সতত কর্ণিয়ার উপরিভাগে ঘর্ষিত হইয়া তৎস্থানকে উত্তেজিত, ও পরি-শেষে তাহাতে রক্তবহানাড়ী সমাবেশনরূপ অস্বচ্ছভাব আনয়ন করে।

এই অধ্যায়ের প্রথমেই বর্ণিত হইয়াছে যে, এই সকল গ্র্যানিউলার পদার্থের সহিত টিউবার্কলের (Tubercle) অনেক সৌসাদৃশ্য আছে। উহারা উভয়েই কনেক্টিভ টিসু কর্পসল্‌স্ অর্থাৎ সংযোজক ঝিল্লীর কোষাণু সকলের প্রলিফারেষণ (Proliferation) বা সংখ্যাবৃদ্ধি হইতে সমুদ্ভূত

বলিয়া, এবং এই সংখ্যাবৃদ্ধির পরিণামফল ক্ষণিক, এবং তদ্দ্বারা সমীপবর্ত্তী সুস্থ টিসুগণ বিনাশিত হয় বলিয়া, উহাদের উভয়ের উৎপত্তি ও পরিণামগত সৌসাদৃশ্য আছে। সে যাহাহউক, এতদ্ব্যতীত ইহাদিগের আর কোন সম্বন্ধ সাদৃশ্য নাই; এবং গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে এমত কোন শারীরিক মন্দাবস্থা ঘটে না যে, তাহার সহিত টিউবার্কল বা স্ক্রুফুলা রোগ সম্বন্ধীয় কোন প্রকার শারীরিক মন্দাবস্থার ঐক্য আছে।

অপরন্তু কনজংটাইভার বৃহত্তরীভূত গ্ল্যাণ্ড্ সকলকে গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের নিওপ্ল্যাষ্টিক্ গ্রোথ্‌স্ বলিয়া ভ্রম হইবার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা আছে। এই রোগের যে যে স্থলে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী উত্তোলিত হয়, তত্তৎস্থলে উক্ত গ্ল্যাণ্ডগুলি স্ফীত হইয়া সচরাচর কন্‌জংটাইভার নিম্নভাগে দৃষ্টিগোচর হয়। উহাদিগকে দেখিতে, ঠিক্ এই রোগজ পূর্ব্ববর্ণিত স্বচ্ছ উন্নত দানাবৎ স্থান সকলের ন্যায় বোধ হয়। ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব এমত কোন বিশেষ নিয়ম বিধিবদ্ধ করেন না যে, যদ্দ্বারা উহাদিগকে পরস্পর পৃথক্ বলিয়া জানা যায়। অদ্যাপি অনেকানেক সংপ্রাপ্তিজ্ঞ চিকিৎসকেরা এই সকল বৃহত্তরীভূত গ্ল্যাণ্ডকে কন্‌জংটাইভার পরিদৃশ্যমান এই রোগজ দানাবৎ পদার্থের অঙ্কুর বা মৌলিক উপাদান বলিয়া বিশ্বাস করিয়া থাকেন।*

লক্ষণ। এম্ ওয়েকার সাহেব এই রোগকে প্রবল ও পুরাতন দুই শ্রেণীতে বর্ণনা করেন। সুবিধার নিমিত্ত প্রথমোক্ত শ্রেণীও আবার তিন অংশে বিভাজিত হইতে পারে।

১। প্রথমাবস্থা আট কিম্বা দশ দিনের মধ্যেই পরিসমাপ্ত হয়। আলোক অসহ্য বলিয়া বোধ হয়, এবং সুপ্রা অর্বিট্যাল্ প্রদেশে রোগী বিলক্ষণ যাতনা ভোগ করিতে থাকে। চক্ষু হইতে অপরিমিত অশ্রু নির্গত হয়। রোগীর বিলক্ষণ বোধ হয় যে, তাহার চক্ষুতে যেন বালুকাকণা পতিত হইয়াছে। অক্ষিপুটের প্রান্তদেশ স্ফীত হইয়া থাকে; এবং তাহাদিগকে উলটাইলে প্যাল্পিব্র্যাল্ কন্‌জংটাইভায় রক্ত সংঘাত হইয়াছে বলিয়া বোধ হয়। আর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে কতকগুলি

* Ophthalmic Surgery, by Dr. P. Frank: *Army Medical Department Report for 1860*। অধ্যাপক ষ্টেল্‌ওয়াগ সাহেবের মতে ইহা তেকতির সদৃশ উন্নত স্থান, এবং ইহাদিগকে বিবৃদ্ধি-প্রাপ্ত গ্রন্থি বলিয়া বিশেষ ভ্রম হইতে পারে।

সাগুদানার ন্যায় শ্বেতবর্ণ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র উন্নতস্থানও দেখা যাইতে পারে *। ঊর্দ্ধাক্ষিপুটে, বিশেষতঃ টার্সো অর্বিট্যাল ফোল্‌ডে এই সকল অবস্থা বিশেষ অনুভূত হইয়া থাকে। অপিচ কেবল প্যাল্পিব্র্যাল কনজংটাইভায় যে এই সকল লক্ষণ দৃষ্ট হইয়া থাকে এমত নহে, অক্ষিগোলকের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতেও উহা বিস্তৃত হইয়া পড়ে। পূর্ব্ববর্ণিত শ্বেতবর্ণ স্থানের ন্যায় কর্ণিয়াতেও অনেকগুলি সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম দাগ দেখা যাইতে পারে। অসংখ্য ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র রক্তবহা-নাড়ী কর্ণিয়ায় সতত সাক্ষাৎপরিদৃশ্যমান আকারে ভ্রাম্যমাণ থাকিয়া, তন্নির্ম্মাণেও রক্তবহা-নাড়ীজ অস্বচ্ছতা আনয়ন করিয়া থাকে।

২। প্রথমাবস্থা দশ দিবসের মধ্যে নিঃশেষিত হয়, এবং তৎপরে দ্বিতীয় বা প্রাদাহিক অবস্থার আরম্ভ। এই অবস্থায় কন্‌জংটাইভায় গাঢ় রক্তসংঘাত হয়, এবং কিয়দ্দিবস মধ্যেই উহার উপরিভাগ হইতে ক্লেদ নিঃসৃত হইতে থাকে। বাস্তবিক এই অবস্থা সপিউঃবেষ্টিত্‌ কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগাবস্থায় পরিণত হইয়া পড়ে, এবং পিউরিউলেন্ট্‌ ও ডিফ্‌থারিটিক্‌ রোগের দ্বিতীয় অবস্থা, অথবা প্রবল গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগের এই অবস্থা, ইহাদের মধ্যে কোন প্রভেদ দেখিতে পাওয়া যায় না। কারণ, এই রোগে ভিলাই গুলি বর্দ্ধিত, ও শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে রক্তসংঘাত হওয়ায়, নিওপ্ল্যাষ্টিক্‌ উৎপত্তি গুলি একেবারে লুক্কায়িত হইয়া পড়ে।

এই রোগের পুয়োৎপাদক অবস্থায় অক্ষিপুট স্বল্প পরিমাণে স্ফীত ও উহাতে কিমোসিস্‌ দৃষ্ট হয়। পিউরিউলেন্ট কন্‌জংটিভাইটিসের ন্যায়, এই রোগেও কর্ণিয়ার নিমিত্তে আমাদিগকে ভয়ানক চিন্তিত হইতে হয়। কিন্তু সৌভাগ্যক্রমে পিউরিউলেন্ট্‌ কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগে কর্ণিয়া যদ্রূপ শীঘ্র শীঘ্র বিগলিত হইতে থাকে, এই গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগে উহা তদ্রূপ শীঘ্র শীঘ্র বিগলিত, বা ক্ষত দ্বারা বিনাশিত হয় না। কর্ণিয়ার উপরিভাগে যে সকল নিওপ্ল্যাষ্টিক গ্রোথস্‌ জন্মে, তাহা গভীরস্থায়ী ক্ষতের কারণ বলিয়া অনুমিত হইতে পারে; কিন্তু কার্য্যতঃ তাহা নহে। যাহাহউক উহারা অনেকগুলি

* Dr. H. Snellen on Diseases of the Conjunctiva *Ophth Hosp. Reports, Vol* IV p. 61.

অভ্যুদিত হইলে, কর্ণিয়ায় রক্তবহা-নাড়ীসমাবেশনরূপ অস্বচ্ছতা উৎপন্ন করে।

অনেকস্থলে এই দ্বিতীয় অবস্থা অধিক দিন পর্য্যন্ত স্থায়ী থাকে। কিন্তু তাবৎকাল রোগলক্ষণ সকল পূর্ব্ববর্ণিতবৎ প্রবল থাকে না। বৃদ্ধ ও ক্ষীণকলেবর ব্যক্তিদিগেরই এইরূপ ঘটনা বিশেষরূপে ঘটিয়া থাকে। উল্লিখিত অবস্থা-পরম্পরায় এই রোগ দীর্ঘকালব্যাপী হইয়া থাকে; অল্প পরিমাণে আলোক-ভীতি (Photophobia) উপস্থিত হয়; এবং সুপ্রা অর্বিট্যাল্ প্রদেশে যদি যাতনা থাকে, তবে রোগী তাহাও অল্প পরিমাণে ভোগ করিয়া থাকে। পূর্ব্বাবস্থাপেক্ষা সহজে অক্ষিপুট উন্মীলিত করিতে সমর্থ হয়, এবং কর্ণিয়া পীড়িত না হইলে, সে সচ্ছন্দে গমনাগমনোপযোগী দৃষ্টিপ্রাপ্ত হইয়া থাকে। সে যাহাহউক প্যাল্পিব্র্যাল কন্‌জংটাইভা গাঢ় রক্তসংঘাতিত হইয়া লোহিতবর্ণ হয়; ভিলাই উন্নত হইয়া একটী গ্র্যানিউলেটিং ক্ষতের আকৃতি ধারণ করে, ও তাহার উপরিভাগ হইতে অত্যল্প পূয় নিঃসৃত হইতে দেখা যায় *। একমাস বা তদধিককাল পর্য্যন্ত এইরূপ অবস্থা প্রত্যক্ষীভূত হইয়া থাকে। যদিও এই রোগের লক্ষণগুলি প্রবল নহে, তথাপি উহারা অতিশয় দুর্দ্দম্য; এবং কর্ণিয়ায় বাহ্যিক ক্ষত হইয়া, এই রোগকে সচরাচর জটিল করিয়া তুলে। ইহাতে কর্ণিয়া আবিল হইয়া পড়ে, এবং এমত কি, স্ট্যাফিলোমাও উৎপন্ন হইতে পারে।

এই রোগের প্রবলস্থল সকলের ক্লেদাবস্থা প্রায় পঞ্চদশ দিবস পর্য্যন্ত স্থায়ী থাকে। তৎপরে কিমোসিস্ তিরোহিত ও ক্লেদস্রাব স্থগিত হয়, এবং পীড়া তৃতীয় অবস্থায় পদার্পণ করে।

৩। এই অবস্থায় আমাদিগকে গ্র্যানিউলার পদার্থ সকলের পুনরাবির্ভাব অপেক্ষা করিতে হয়। যদি উহারা পুনরুদিত হইয়া পড়ে, তবে আমাদিগকে এই রোগকে পুরাতন গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ বিবেচনা করিয়া, উপশমের চেষ্টা দেখিতে হয়। এদিকে যদি প্রদাহক্রিয়া বলবতী হইয়া নিওপ্ল্যাষ্টিক্ উৎপত্তি বিনাশিত করে, তবে এই রোগের তৃতীয় অবস্থা তত ভয়প্রদ অবস্থা নহে।

চিকিৎসা। প্রাবল্যানুসারে প্রবল গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের চিকিৎসাপ্রণালীরও প্রভেদ হইয়া থাকে। আমাদের ইহা

---

* Dr. Marston on Ophtalmia. *Beale's Archives*, vol iii p 194.

স্মরণ থাকা উচিত যে, এই সকল অবস্থায় প্রদাহ-ক্রিয়া রোগোপশমার্থেই হইয়া থাকে; সুতরাং প্রথমাবস্থায় কন্‌জংটাইভাতে য়্যাষ্ট্রিন্‌জেন্ট্‌ লোশন্‌ ও তদ্রূপ অন্য কোনপ্রকার ঔষধ ব্যবহার না করিয়া, এই রোগকে অচিকিৎসিতভাবে রাখিয়া দিতে হয়। এইরূপ করিলে, যদি চক্ষুর উত্তেজনা অপর্য্যাপ্ত বর্দ্ধিত হয়, তাহাহইলে রোগীকে কোন অন্ধকারময় গৃহে রুদ্ধ রাখিয়া ও দিবসে চারি বা পাঁচবার করিয়া কদুষ্ণ জলে চক্ষু ধৌত করিয়া দেওয়াই বিধেয়। রাত্রিকালে শয়নসময়ে, ভ্রূদেশে ও অক্ষিপুট-চর্ম্মোপরি একষ্ট্র্যাক্‌ট্‌ অব্‌ বেলাডোনা প্রলেপিত করিয়া দিতে হয়। রোগীর নিদ্রাগম না হইলে, বা রোগী বিশ্রামবিহীন হইলে, এই সময়ে তাহাকে দশ গ্রেণ ডোভার সাহেবের প্রস্তুত পাউডার (Dover's powder) সেবন করাইয়া দিতে হয়।

পূর্ব্বেই উক্ত হইয়াছে যে, স্বাস্থ্যরক্ষার ব্যতিক্রম ঘটিলে, এই রোগের উৎপত্তি হইয়া থাকে; সুতরাং চিকিৎসাসময়ে অগ্রে তদ্বিষয়ে বিশেষ মনোযোগ দেওয়া কর্ত্তব্য। বিশুদ্ধ বায়ুসেবন, সৎপথ্যাহার, সতত পরিষ্কৃত থাকা ও অন্ততঃ কিঞ্চিৎকাল ব্যায়াম করা, ইত্যাদি বিষয়সকলে কখন পরাঙ্মুখ থাকা উচিত নহে। নতুবা এই রোগ কন্‌জংটাইভায় দীর্ঘস্থায়ী হইয়া, পরিশেষে কর্ণিয়াকে রক্তবহা-নাড়ী সমাবিষ্ট অস্বচ্ছ করে।

এই রোগের দ্বিতীয় অবস্থায়, কন্‌জংটাইভায় প্রকাশিত প্রদাহকার্য্যের, বিশেষতঃ কর্ণিয়ার অবস্থা দেখিয়া চিকিৎসার ব্যবস্থা করা উচিত। যতদিন পর্য্যন্ত কর্ণিয়ায় কোন ক্ষত না জন্মে, বা উহা বিনাশিত হইতে আরম্ভ না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত চক্ষুতে কোন প্রকার ঔষধ ব্যবহার না করিয়া অচিকিৎসিত ভাবে রাখাই উচিত। চক্ষুকে পরিষ্কৃত রাখা বিধেয়, এবং উহাতে পোস্ত ঢেঁড়ির সহিত সিদ্ধ উষ্ণোদকে সেঁক দিলে, অনেক উপকার দর্শিয়া থাকে। অপিচ এইরূপ করিলে, রোগীরও মনে কতক সন্তোষ জন্মিতে পারে। সচরাচর বলকারক ঔষধ (Tonics) সেবন করা উচিত। ডোভার্স পাউডার, কুইনাইন ও সোডার সহিত একত্র করিয়া, দিবসে দুই কিম্বা তিনবার সেবন করিয়া, তৎপরক্ষণেই ক্লোরেট্‌ অব্‌ পোট্যাস, টিংচার মিউরিয়েট্‌ অব্‌ আইরণের সহিত একত্র করিয়া সেবন করিতে হয়। যেখানে এই দ্বিতীয় অবস্থা প্রবল থাকে, বিশেষতঃ যখন প্রদাহকার্য্য মৃদুগতিতে ও ক্ষীণভাবে গমন করে, তখন এই সকল ঔষধ ও তৎসঙ্গেং সৎপথ্যেরও ব্যবস্থা দিতে হয়।

এই শেষোক্তস্থলে প্রত্যহ একবার করিয়া সল্‌ফেট্ অব্ কপার প্রদান করতঃ, কন্‌জংটাইভার উপরিভাগ উত্তেজিত করিয়া দিতে হয়; এবং যত দিন পর্য্যন্ত এই উত্তেজনায় প্রদাহক্রিয়া পরিবর্দ্ধিত হইয়া সর্ব্ব-প্রকার ক্ষতির আকর ও কারণ নিওপ্ল্যাষ্টিক্ গ্রোথ্ গুলিকে বিনাশিত না করে, ততদিন পর্য্যন্ত তদ্ব্যবহারে রত থাকা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

যে স্থলে প্রদাহকার্য্য উপর্যুক্ত অভিপ্রায় সংসাধন করিবার পক্ষে অতিরিক্ত ও অপ্রয়োজনীয়, এবং কর্ণিয়ার জীবনীশক্তির হানিকর বলিয়া বোধ হয়, তথায় নাইট্রেট অব্ সিলভার এবং শীতল জলার্দ্র বস্ত্র-সংলগ্ন করিয়া তন্নিবারণ করিতে হয়। প্রথমতঃ পাঁচ গ্রেণ নাইট্রেট্ অব্ সিলভারের সলিউশন চক্ষুতে ফোটা২ করিয়া দুই ঘন্টা অন্তর প্রদান করতঃ, তৎপরে অক্ষিপুটে সতত শীতলজলার্দ্র বস্ত্র সংলগ্ন রাখি-তে হয়। এই সময়ে বিবেচক ঔষধের ব্যবস্থা করাও বিধেয়। যদি চক্ষুতে যাতনা বোধ হয়, তবে প্রত্যহ তিনবার করিয়া এক এক গ্রেণ আফিঙ্গ সেবন করিতে হয়। যদি ইহাতেও পীড়া স্থগিত না হয়, তবে দিবসে তিনবার করিয়া দুই২ গ্রেণ আফিঙ্গ সেবনের ব্যবস্থা দিয়া এবং রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীন আনিয়া, কিমোসিস্ প্রাপ্ত কন্‌জংটাই-ভার উপরিভাগে, ডায়েলিউট কষ্টিক্ পেন্সিল স্পর্শিত করিয়া দিতে হয়। যাহাহউক ইহা বিলক্ষণ জ্ঞাত হওয়া উচিত যে, কর্ণিয়া বিপদগ্রস্ত হইলেই এই সকল চিকিৎসার প্রয়োজন। ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব সম্প্রতি এবম্বিধ স্থলে ট্যানিন্ ব্যবস্থা করিয়া অনেক উপকার পাইতে দেখিয়াছেন। ট্যানিন্ য্যাসিডের চূর্ণ দিবসে এক বা দুইবার করিয়া চক্ষুতে দিতে হয়। এই রোগের প্রথমাবস্থায় যখন কর্ণিয়া আবিল ও রক্তবহা-নাড়ী সমাবিষ্ট হয়, এবং কন্‌জংটাইভা হইতে সতত পিউরি-উলেন্ট্ অথবা মিউকো-পিউরিউলেন্ট্ ক্লেদ নিঃসৃত হইতে থাকে, তখ-নও এই ট্যানিন্ স্থানীয় ঔষধস্বরূপে ব্যবহার করিয়া, বিশেষ উপকার দর্শন করিয়াছেন।

দ্বিতীয় অবস্থার রোগকার্য্যাদি ফলদায়করূপে সমুদায় নিঃশেষিত হইলে, তদ্বিষয়ে আমাদের আর হস্তক্ষেপের কোন প্রয়োজন রাখে না। প্রদাহক্রিয়া ক্রমশঃ স্থগিত হইতে থাকে, এবং রুগ্নস্থান প্রকৃত অবস্থায় নীত হয়। এই সময়ে কোন অনুগ্র য়্যাষ্টিন্‌জেন্ট লোশন্ দিবসে দুইবার করিয়া কন্‌জংটাইভার উপরিভাগে ব্যবহার করিলে, পীড়া সত্বর আরোগ্য হইতে পারে। নিদ্রাবস্থায় অক্ষিপুটদ্বয় পরস্পর

সংযুক্ত হয় বলিয়া, শয়ন সময়ে উহাদের প্রান্তভাগে ডায়েজিউট্‌ সিট্রীন্‌ অয়েন্টমেন্ট্‌ প্রলেপিত করিয়া দিলে, বিশেষ ফল দর্শিয়া থাকে।

কারণ। যেসকল কারণে পরিপোষক যন্ত্র (Nutritive functions) অকর্ম্মণ্য দশায় উপনীত (Impaired) হয়, সেই সকল কারণই গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিসের কারণ। তন্মধ্যে বহুজনাকীর্ণ জনতা, মল ও মূত্র প্রভৃতি দুর্গন্ধিত ও অপরিষ্কৃত স্থানে বাস, অপরিষ্কৃত বায়ু-সেবন, উপযুক্ত খাদ্যের অভাব, এবং বাস্তবিক, সাধারণতঃ যে সকল কারণে স্বাস্থ্যভঙ্গ হয়, সেই সকল কারণেই এই রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। কেবল মনুষ্যদিগেরই এই সকল কারণে উক্ত রোগ হইয়া থাকে এমত নহে, ইতরজন্তুরাও ঐসকল কারণে কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগে প্রপীড়িত হইয়া থাকে।

বোধ হয়, নিওপ্ল্যাষ্টিক্‌ গ্রোথের উৎপত্তিই এই রোগের মুখ্য কারণ। এই গ্রোথ্‌ সকল অধিক দিবস পর্য্যন্ত অদৃশ্যভাবে অবস্থান করিয়া, পরিশেষে সামান্য উত্তেজনা দ্বারাই প্রকাশমান হয়। এই কারণেই পিউরিউলেন্ট ক্লেদ পদার্থ আনীত হইয়া চক্ষুতে স্পৃষ্ট হইলে, গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগোৎপত্তি করিতে পারে। বাস্তবিক চক্ষুতে ক্লেদ সংস্পৃষ্ট হইবার পূর্ব্বেই উহাতে পীড়ার সঞ্চার হইয়া থাকে; এবং অগ্নিতে কাষ্ঠনিক্ষেপ করিলে, যদ্রূপ উহা প্রজ্বলিত হইয়া উঠে, তদ্রূপ উহা বৈজিকপদার্থ সকল স্পর্শনে সতেজে রোগাক্রমিত হইয়া উঠে। এম্‌ ওয়েকার সাহেবের মতেও এই রোগ সংক্রামক। পূয়োৎপাদক অবস্থায় কন্‌জংটাইভার উপরিভাগ হইতে পূয় লইয়া, অপর কোন সুস্থ ব্যক্তির চক্ষুতে প্রবিষ্ট করিয়া দিলে, পিউরিউলেন্ট কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগোৎপত্তি হইতে পারে, তদ্বিষয়ে আর কোন সন্দেহ নাই।

গ্রেটব্রিটন বা অন্যান্য দেশবাসী নিম্নশ্রেণীস্থ আইরিস লোক-দিগের যদ্রূপ এই রোগ সচরাচর ঘটিয়া থাকে, তদ্রূপ আর কুত্রাপি কোন জাতিতে দৃষ্ট হয় না। কি ভারতবর্ষে, কি পৃথিবীর অন্যান্য দেশে, উচ্চশ্রেণীস্থ ধনীলোকাপেক্ষা নিম্নশ্রেণীস্থ দরিদ্র ব্যক্তিরাই অধিকাংশতঃ এই রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে। কিন্তু যে স্থানে এই রোগ জন্মে, সেই স্থানের কোন বিশেষগুণই এই রোগের প্রকৃত কারণ; এবং তন্নিমিত্তই উহা দেশবিশেষক বা এন্‌ডেমিক হইয়া পড়ে। কলিকাতার কোন২ স্কুল এই বিষয়ের এক মহৎ উদাহরণ স্থল। এই সকল স্কুলে ভিন্ন২

জাতীয় ছাত্রেরা অধ্যয়ন করে। কেহ বাঙ্গালি বা এতদ্দেশীয়, কেহ-ফিরিঙ্গী বা সঙ্করজাতীয়, আর কেহবা ইউরোপীয়। বিদ্যালয়ও নগরের অপরিষ্কৃত স্থানে স্থিত। উহার চতুর্দ্দিকে অনাবৃত মলবাহী প্রণালী এবং অপরাপর অনুভবনীয় ঘৃণিত দুর্গন্ধ পদার্থ সর্ব্বদা অবস্থান করে। এই সকল কারণে গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ সর্ব্বদাই উহা-দিগকে আক্রমণ করিয়া থাকে। কিন্তু নগরের স্বাস্থ্যকর জনস্থানে নির্ম্মিত তদ্রূপ অন্যান্য বিদ্যালয়ে, একটী মাত্র ছাত্রকেও এই রোগে আক্রান্ত হইতে দেখা যায় না।

ইহা প্রসিদ্ধ আছে যে, অধিক দিন পর্য্যন্ত কনজংটাইভার উপ-রিভাগে য়্যাট্রোপিন্ ব্যবহার করিলে, এই রোগের উৎপত্তি হইতে পারে। বাস্তবিকই যে ব্যক্তি অধিকদিন পর্য্যন্ত চক্ষুতে ফোটা ফোটা করিয়া য়্যাট্রোপিন্ ব্যবহার করিয়া থাকে, তাহাকে এই রোগাক্রান্ত হইতে দেখা গিয়াছে। সে যাহাহউক, চক্ষুতে এই য়্যাল্‌কালোইড্ (Alkaloid) পদার্থ (য়্যাট্রোপিন্) প্রবিষ্ট হইবার পূর্ব্বে, এই রোগজ নিওপ্ল্যাষ্টিক্ গ্রোথস্ গুলি উদিত হয় না, এরূপ সন্ধান যতদিন পর্য্যন্ত পাওয়া না যায়, ততদিন পর্য্যন্ত আমি উক্ত কার্য্যকারণ সম্বন্ধে কিছুই উল্লেখ করিতে চাহি না। এই রোগাক্রান্ত অনেক রোগী ইতিপূর্ব্বে আইরাইটিস্ রোগাক্রান্ত হইয়া, অপরিমিত মার্করি সেবন এবং প্রদাহ-নিবারণার্থে য়্যান্টিফ্লোজিষ্টিক্ ঔষধ ব্যবহার করিয়া নিতান্ত দুর্ব্বল হওতঃ, গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগবৃদ্ধির তাবৎ ঘটনাগুলি আনয়ন করিয়া থাকে, সুতরাং য়্যাট্রোপিনের এমত কোন বিশেষ গুণ আছে যে, তদ্দ্বারা গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের বৃদ্ধি হয়, এই কথা বলিবার পূর্ব্বে, অগ্রে সম্পূর্ণ সুস্থচক্ষুতে উহা প্রদান করিলে কিরূপ কার্য্যকর হয়, তাহা নিরীক্ষণ করা উচিত। উহা উত্তেজক এবং পূর্ব্বস্থায়ী রোগের বৃদ্ধিসাধক মাত্র।

পুরাতন গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্। ট্রাকোমা (Tiachoma)—প্রবল গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস রোগের প্রথম বা দ্বিতীয় অবস্থায়, যদি নিয়মাতিরিক্ত চিকিৎসা দ্বারা প্রদাহের গতি রুদ্ধ হয়, এবং সেই গতিরোধে যদি প্রকৃতিও (Nature) রোগোপশম করিতে অক্ষম হয়, তাহা হইলে প্রদাহ স্থগিত হইবার অব্যবহিত পরেই, এই ভয়ানক রোগজ পূর্ব্বোল্লিখিত দানাবৎ পদার্থ পুনরা-গত হইয়া, আমাদিগকে এই দুর্দ্দম্য রোগ চিকিৎসা করিতে প্রবৃত্ত করায়।

যাহাহউক পুরাতন গ্র্যানিউলার কনজংটিভাইটিস্ রোগ সর্ব্বদা এই রূপে আরম্ভ হয় না, বরং অনেক সময়ে কোন প্রকার উত্তেজনা বা প্রদাহের লক্ষণ পূর্ব্বে প্রকাশ না করিয়া, কন্‌জংটাইভার নিম্নভাগে নিওপ্লাষ্টিক্ পদার্থের উৎপত্তি দ্বারা আরম্ভ হইয়া থাকে। এই সকল গ্র্যানিউলার পদার্থ এত ক্ষুদ্র যে, অণুবীক্ষণ গ্লাস্ ব্যতিরেকে তাহাদিগকে দেখিতে পাওয়া যায় না। এই অবস্থায় ইহারা রোগীকে কোনরূপ অসুবিধা প্রদান করে না। রোগী উহাদের বিদ্যমানতা কিছুই অনুভব করিতে পারে না, তবে সে, "চক্ষু উঠিয়াছে" (Sore eyes) এই মাত্র বলিয়া অভিযোগ করে। পাকস্থলীর বিশৃঙ্খলতা বা অধিকক্ষণ প্রখর রৌদ্রভোগ প্রভৃতি অতি সামান্য কারণেই, বস্তুতঃ কোনরূপ উত্তেজনা প্রাপ্ত হইলেই তৎক্ষণাৎ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ জন্মে। এই বিবক্তিকর সময়ে নিওপ্লাষ্টিক্ পদার্থ সকল আকারে বর্দ্ধিত হইতে থাকে, এবং ইহারাই কন্‌জংটাইভার এই অতিরিক্ত কার্য্যের (Hyper-action) প্রকৃত কারণ *।

এই প্রকার পুরাতন রোগাক্রান্ত ব্যক্তিরা কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের তাবৎ যাতনা সহ্য করিয়া থাকে। এতদ্দ্বারা তাহারা প্রাত্যহিক সাংসারিক কর্ম্মাদি নির্ব্বাহ করিতে সম্পূর্ণ অপারগ হয়। সৈন্যেরা সর্ব্বদা, বিশেষতঃ গ্রীষ্মমণ্ডলে কার্য্য করিতে আসিলে, প্রায়ই এই রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে। গ্রীষ্মমণ্ডলের তাপাধিক্যে তাহারা এই রোগপ্রবণ হয়। রোগের লক্ষণ দেখিলে বোধ হয় যে, উহা কিছুই নহে, কেবল তাহারা নিয়মিত কার্য্য হইতে বিরত থাকিবার ছল করিতেছে মাত্র। উহাদের চক্ষু বিলক্ষণ সুস্থ বলিয়া বোধ হয়। এই সময়ে যদি উহারা এমত কোন কার্য্যে নিযুক্ত হয়, যাহাতে উহাদিগকে রৌদ্র ও ধূলি বিলক্ষণ ভোগ করিতে হইবে, তাহা হইলে উহারা তৎক্ষণাৎ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত হইয়া পড়ে। এইরূপ স্থল সকল প্রথমতঃ দ্বিধাজনক বলিয়া বোধ হয়; কিন্তু এবম্বিধ অনেকানেক স্থলে, কর্ণিয়ার বিনাশরূপ ভয়ানক ফলোৎপত্তি হইয়া থাকে†।

এই প্রকার পুরাতন রোগ ভিলাইদিগকে অধিকতর বিবর্দ্ধিত না করিয়া, ক্রমাগত কিছুকাল পর্য্যন্ত স্থায়ী থাকিতে পারে। কিন্তু

---

* Dr. Marston. On Ophthalmia: *Beale's Archives*, vol. iii p 301.

† Ophthalmic Surgery by Dr. p. Frank. *Army Medical Reports* for 1860.

সত্বরেই হউক আর বিলম্বেই হউক, উহারা বর্দ্ধিত ও কঠিন হইয়া পড়ে। যে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর নিম্নে দানাবৎ পদার্থ অবস্থিত ছিল, তাহা অপকৃষ্ট অবস্থায় পরিবর্ত্তিত হওয়ায়, এই ভিলাইদিগের মধ্যবর্ত্তী স্থানে শ্বেতবর্ণ ক্ষতকলঙ্কীয় টিসুর চিহ্নসকল দেখিতে পাওয়া যায়। এই-রূপে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর উপরিভাগ উচ্চাবচ হওয়ায়, উহা কর্ণিয়ার উপ-রিভাগে সতত ঘর্ষিত হইয়া, তাহাকে রক্তবহা-নাড়ীসম্বন্ধীয় অস্বচ্ছ করিয়া ফেলে; এবং ইহাতে সম্পূর্ণ দৃষ্টিধ্বংসও হইতে পারে।

লক্ষণ।—পূর্ব্বোল্লিখিত বর্ণনাপরম্পরায় পুরাতন গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগের লক্ষণ সকল সুস্পষ্ট উল্লিখিত হইয়াছে। আমি সুবিধার নিমিত্ত তদ্বিষয় পুনরনুশীলন করিতেছি। রোগের প্রথ-মাবস্থায় কন্‌জংটাইভার নিম্নে কেবল ক্ষুদ্র২ দানাবৎ পদার্থের প্রকাশ দ্বারাই রোগের আরম্ভ উপলব্ধি হইয়া থাকে। এই সকল পদার্থ সময়ে সময়ে কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগানয়ন করিয়া থাকে। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে রক্তসংঘাত হওয়ায়, ভিলাই গুলি অল্প বা অধিক পরিমাণে স্ফীত হইয়া উঠে। রোগী চক্ষুতে যাতনা ও আলোক অসহ্য বলিয়া বোধ করে। তাহার চক্ষু হইতে অশ্রু অনবরত নির্গত হইতে থাকে। এইরূপ প্রত্যেক অবস্থা আক্রমিত হইলে, নিওপ্ল্যাষ্টিক্ গ্রোথস্ গুলি ক্রমশঃ বর্দ্ধিত হইয়া, কখন কখন প্রায় সাগুদানার মত আকার ধারণ করে।

এইরূপ অবস্থা অধিক দিন পর্য্যন্ত স্থায়ী থাকিতে পারে। কিন্তু সত্বরেই হউক আর বিলম্বেই হউক, দানাবৎ পদার্থ গুলি চতুষ্পার্শ্বে মিশাইয়া যায়, সুতরাং উক্ত স্থানীয় সংযোজক ঝিল্লীতে স্থান-পরিপূরণের নিমিত্ত শুষ্ক ক্ষতকলঙ্কের উৎপত্তি হয়। এই সকল সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম কলঙ্ক যখন পরস্পর মিলিত হইয়া যায়, তখন কন্‌জংটাই-ভার উপরিভাগে বা তৎপরিবর্ত্তে, ঘন সৌত্রিকবিধানের কতকগুলি কলঙ্ক আবির্ভূত হয়। অক্ষিপুটীয় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর সমুদায় অংশ অতি-কদাচিৎ এইরূপে বিনষ্ট হয়। ভিলাই গুলি বিবর্দ্ধিত হওয়ায় অক্ষিপুট উল্টাইলে, উহাদিগকে উচ্চাবচ বলিয়া বোধ হয়। শ্বেতবর্ণ শুষ্কক্ষত চিহ্নিত টিসুর পরিবর্ত্তে তৎস্থানে বন্ধুর মকমলসদৃশ চিহ্নসকল দৃষ্টি-গোচর হয়।

এইরূপে উৎপন্ন কন্‌জংটাইভার উচ্চাবচ উপরিভাগ কর্ণিয়ার উপ-রিভাগে সতত ঘর্ষিত হইয়া, উহার অগ্রবর্ত্তী স্তরকে এত উত্তেজিত করে যে, তাহাতে রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় অস্বচ্ছতা আবির্ভূত হইয়া পড়ে।

কর্ণিয়াতে যখন এই সকল পরিবর্ত্তন ঘটিতে থাকে, তখন দৃষ্টিশক্তি ক্রমশঃ হ্রাস হইয়া, পরিশেষে রোগীকে সম্পূর্ণ অন্ধ করে। এই পীড়া সচরাচর শরীরের সার্ব্বাঙ্গিক কারণে উৎপন্ন হয় বলিয়া, তদনুসারে ইহাতে উভয় চক্ষুই পীড়িত হইতে পারে।

চিকিৎসা।—প্রবল গ্র্যানিউলার কনজংটিভাইটিস্‌ রোগে যদ্রূপ উত্তম পরিচ্ছদ ও স্বাস্থ্যকর স্থানে বাস প্রভৃতি বাহ্যাবস্থা, ও যে সকল অবস্থায় শরীর সুস্থ থাকিতে পারে (Hygienic conditions) তদ্বিষয়ে মনোযোগ দিতে হয়, এস্থলেও তদ্রূপ। নতুবা, এই গুলি নিয়মিতরূপে সম্পাদিত না হইলে, অন্যান্য ঔষধ কোনপ্রকার গুণকারক হইবেক না।

ঔষধ মনোনীত করণে, যাহাতে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী সমধিক প্রদাহোত্তেজিত হইয়া, তদংশের পীড়িত কার্য্যাদি নিবারণ করে, তৎসাধনই আমাদের উদ্দেশ্য। অতএব এই অভিপ্রায় সংসাধনের নিমিত্ত প্রত্যেক দ্বিতীয় দিবসীয় প্রাতঃকালে, নির্ম্মল সল্‌ফেট্‌ অব্‌ কপার (তুঁতে) অক্ষিপুটীয় কন্‌জংটাইভার উপরি স্পর্শিত করা বিধেয়। * এই উপায় দ্বারা কেবল যে দানাবৎ পদার্থসকল চতুর্দ্দিকে অবসৃত হইয়া যায় এমত নহে, তৎসঙ্গেং রোগীর শারীরিক অবস্থার উন্নতি করিলে, ঐ সকল দানাবৎ পদার্থ প্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে না।

পুরাতন গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগোপশমার্থে য়্যাসিটেট্‌ অব্‌ লেড ব্যবহৃত হইয়া থাকে। চূর্ণ য়্যাসিটেট্‌ অব্‌ লেড্‌ প্রতিসপ্তাহে এক বা দুইবার করিয়া, চক্ষুর পীড়িত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর উপর ছড়াইয়া দিবার বিধি আছে। লাইকর পোট্যাসি কন্‌জংটাইভার উপর প্রদত্ত হইয়া যে, উপকারজনক হইয়া থাকে, তদ্বিষয়ে বিশেষরূপ কথিত হইয়া থাকে। ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব এবম্বিধ অনেকানেক ঔষধ এই রোগোপশমার্থে প্রয়োগ করিয়া থাকেন, কিন্তু পূর্ব্বোল্লিখিত ঔষধ ও তন্নিয়মাদি অবলম্বন না করিয়া, কুত্রাপিও রোগোপশম করিতে সমর্থ হন না। আর এবম্বিধ ঘটনা হইলেও সল্‌ফেট্‌ অব্‌ কপার এই পুরাতন গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগোপশমের একমাত্র ঔষধ একথাও

* মহাত্মা ওয়ার্লোমণ্ট্‌ সাহেব চক্ষুতে ক্লেদবীজ সংস্পর্শের পরিবর্ত্তে, অন্য কোন ঔষধ দিলে ঐরূপ উপকার হয় কি না, তাহা পরীক্ষা করিয়া দেখিয়াছেন। তাঁহার মতে সলফেট্‌ অব্‌ কপার বিশেষ উপকারজনক। অপ্‌থ্যাল্‌মিক্‌ রিভিউ, ভল ১ম, পৃষ্ঠা ১৮৬।

বলিতে পারি না। কারণ, যে কোন ঔষধ হউক না কেন, যাহাতে কন্‌জংটাইভার উপরিভাগ যথেষ্ট প্রদাহান্বিত হইয়া দানাবৎ পদার্থ-দিগকে একেবারে বিনষ্ট করিয়া চতুষ্পার্শ্বে অবসৃত করাইতে পারে, তাহাই এই রোগের ঔষধ। অপিচ যদি রোগীর বিলক্ষণ স্বাস্থ্য বৃদ্ধি হইতে থাকে, ও নিওপ্ল্যাষ্টিক্ গ্রোথ্‌স হইয়া যদি কন্‌জংটাইভার পরিবর্ত্তে ক্ষতকলঙ্কিত টিসু অবস্থিত হইয়া না থাকে, তাহা হইলে পীড়া স্বয়ংই উপশমিত হইতে পারে। এই পুরাতন গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে, কর্ণিয়া সতত অল্প বা অধিক পরিমাণে আবিল হইলেও, পূর্ব্ববর্ণিত সাধারণ চিকিৎসার সঙ্গেং, প্রত্যহ এক বা দুই বার করিয়া ট্যানিক্ য়্যাসিড্ চক্ষুতে চূর্ণবৎ ব্যবহার করিলে, অন্যান্য ঔষধাপেক্ষা বিশেষ উপকার দর্শিয়া থাকে। পাঠকগণ এই রোগচিকিৎসার অন্যান্য ঔষধ জানিতে ইচ্ছুক হইলে, যে অধ্যায়ে কর্ণিয়ার পীড়া ও অস্বচ্ছতার বিষয় বর্ণিত হইয়াছে, সেই অধ্যায়টী মনোযোগসহকারে পাঠ করিতে পারেন।

ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব বলেন যে, সৈনিক পুরুষেরা গ্রীষ্মমণ্ডলে আসিয়া এই রোগাক্রান্ত হইলে, তাহাদিগকে ইউরোপ খণ্ডে প্রেরণ করা উচিত। সাধারণতঃ, তাহারা স্ব স্ব কার্য্যসাধন পক্ষে এক প্রকার গলগ্রহমাত্র হইয়া, সম্পূর্ণ অকর্ম্মণ্য হইয়া পড়ে। এদিকে কোন না কোন সময়ে চক্ষুতে কার্য্যাক্ষম পরিবর্ত্তন সকল উদিত হইয়া, পিউরিউলেন্ট্ ক্লেদ-স্রাব আনয়ন করে। এই ক্লেদ স্বকীয় স্পর্শসংক্রামক দোষে অন্যান্য ব্যক্তির চক্ষুতেও পূয়োৎপাদক কনজংটিভাইটিস্ রোগ আনয়ন করিতে পারে; সুতরাং ঐ সকল সৈনিক তাহাদের সহচরদিগকেও এই রোগাক্রমিত করিয়া, বহুব্যাপী অপকারের কারণ হইয়া উঠে।

মহাত্মা ওয়ার্লোমন্ট্ সাহেব, বেলজিয়ম্ দেশের রাজকীয় চিকিৎসালয়ে এতদ্বিষয়ে যে সুদীর্ঘ তর্কবিতর্ক হইয়াছিল, তাহার স্থূল মর্ম্ম হইতে, মিলিটারি অফ্‌থ্যাল্‌মিয়া বা সৈনিক অক্ষিপ্রদাহ (গ্রানিউলার কনজংটিভাইটিস) রোগসম্বন্ধে নিম্নলিখিত সিদ্ধান্ত স্থির করিয়াছেন।—

১ম। মিলিটারি অফ্‌থ্যালমিয়া, স্পর্শাক্রামক অক্ষিপ্রদাহ (Contagious ophthalmia) ও দানাযুক্ত অক্ষিপ্রদাহ (Granulous ophthalmia) প্রভৃতি বহুতর নামে খ্যাত। এই রোগের প্রকৃতি সঞ্চারিণী; ইহা সহজেই পুনঃ পুনঃ আগমন করিয়া থাকে, ও এই রোগাক্রান্ত ব্যক্তিরা সম্পূর্ণ আরোগ্য লাভ করিতে পারে না।

২য়। কেহ কেহ বলেন যে, এই রোগ ভদ্রসমাজেও স্বভাবতঃ স্বয়ং আবির্ভূত হইয়া থাকে। অন্যপক্ষে ইহা বিলক্ষণ জানা হইয়াছে যে, সমস্ত ইউরোপ খণ্ডের মধ্যে যে যে দেশে এই রোগের প্রাদুর্ভাব, তথায় এই রোগ সতত সৈনিক দলেই প্রথমে আরম্ভ হইয়া থাকে, এবং তথা হইতেই অন্যান্য জনসমাজে সংক্রামিত হয়।

৩য়। বিশেষতঃ বেলজিয়ম্‌ দেশে, খৃঃ ১৮৩৪ অব্দের পূর্ব্বে এই রোগ কেবল সৈনিক দলেই আক্রমিত হইত, এরূপ প্রমাণ পাওয়া গিয়াছে। উক্ত বৎসরে সৈন্যদিগের স্যানিটারি ইনস্পেক্টর-জেনারেলের প্রস্তাবপত্র, তত্ত্বাবধাবক কমিশনর, ও বর্লিন নগরের চিকিৎসাধ্যাপক জঙ্কেন্‌ সাহেব দ্বারা স্বাক্ষরিত হইয়া, যুদ্ধমন্ত্রীর সমীপে আবেদিত হইলে, এই আদেশ হয় যে, "অতঃপর যেসকল সৈন্য গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগাক্রান্ত হইবে, ও অধুনা যাহারা তদ্রোগাক্রান্ত আছে, তাহারা সকলেই স্ব স্ব গৃহে প্রত্যাগমন করিতে পারিবেক"। এই নিমিত্ত পূর্ব্বোল্লিখিত সময়ের পর হইতেই যখন ঐ সকল পীড়িত ব্যক্তি স্ব স্ব গৃহে প্রত্যাগমন করিয়াছিল, তখন হইতেই এই রোগ ভদ্রসমাজেও বিস্তৃত হইতে আরম্ভ হইয়াছে।

৪র্থ। মিলিটারী অফ্‌থ্যাল্‌মিয়া রোগের সংক্রামক গুণ থাকায়, তদ্রোগাক্রান্ত ব্যক্তিকে সাধ্যমত পৃথক স্থানে অসংস্পৃষ্ট করিয়া রাখা বিধেয়, তাহা না করিলে এই রোগকে দূরীকৃত করিবার আর কোন উপায় নাই। এই নিমিত্ত রোগীদিগকে গৃহে গমন করিতে অনুমতি প্রদান করা অত্যন্ত ভয়ানক ও অবিবেচনার কর্ম্ম।

৫ম। যদি কোন সেনা তাহার কর্ম্মস্থল হইতে এই রোগোন্মুক্ত হইয়া, এবং কর্ম্মত্যাগকালে রোগের কোন প্রকার লক্ষণ ধারণ না করিয়া, গৃহে প্রত্যাগত হয়; তাহা হইলে তথায় এই রোগোৎপাদক কোন প্রকার কারণ ভোগ না করিয়াও সে পুনরাক্রমিত হইতে পারে। আমাদের শাস্ত্রে এই পুনরাক্রমণের সময় নির্দ্দিষ্ট নাই। উহা অল্প বা অধিক দিনের মধ্যেই পুনরাগমন করিয়া থাকে। যত দিন অন্তরে হউক না কেন, এই রোগ পুনরাক্রমিত হইলে, রোগী তদ্দেশীয় রাজপ্রতিনিধির নিকট ভবিষ্যতের নিমিত্ত সাহায্য প্রার্থনা করিবার সম্পূর্ণ উপযুক্ত।*

* L'Ophthalmie Militaire, a l'Academie Royale de Medecine de Belgique, par M. le Dr. Wallomont, extrait des *Annales d'Oculistique*, tom xli p. 126.

পংষ্টিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ * (Pustular conjunctivitis) আমি এই শ্রেণী মধ্যে অন্যান্য গ্রন্থকারদিগের "কন্‌জংটিভাইটিস্ ফ্লিকটিনিউলোজা" (Phlyctenulosa) এবং "পংষ্টিউলোজা" (Pustulosa), "স্ক্রফিউলস্ কর্ণিয়াইটিস" (Scrofulous corneitis) অথবা কন্‌জংটাইভা ও কর্ণিয়ার হার্পিজ্ (Herpes) রোগ বর্ণন করিব।

পংষ্টিউল্ কিম্বা হার্পিজ্ সকল কন্‌জংটাইভার যে স্থানে অবস্থান করে, সেই অবস্থানানুসারে এই রোগকে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করিয়া বর্ণনা করা পরামর্শসিদ্ধ। অনেক স্থলে উহাদিগকে কেবল আক্ষিক শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে অবস্থিত থাকিতে দেখা গিয়া থাকে; এবম্বিধ কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ সামান্য প্রকার মাত্র। আর এই সকল পংষ্টিউল (পূয়বটী) কর্ণিয়াতে প্রকাশমান হইলে রোগীর বিলক্ষণ কষ্টদায়ক হয়। কোন কোন স্থলে কর্ণিযা ও কন্‌জংটাইভা উভয়েই ঐ সকল পংষ্টিউল্ দ্বারা এককালে আক্রমিত হয়; অথবা উহা কেবল কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্বে মালাকারে ব্যাপ্ত থাকে। অন্য সময়ে উহাদিগকে আবার কিয়দংশ কর্ণিয়ায় এবং কিয়দংশ কন্‌জংটাইভায় অবস্থান করিতে দেখা যায়।

১। প্রথমোক্ত অবস্থায় পংষ্টিউল সকল কন্‌জংটাইভায় আবদ্ধ থাকে। এই অবস্থায় উহারা দুইটী কিম্বা তিনটী পর্য্যায়ক্রমে উদিত হইয়া, রোগীকে ভয়ানক বিরক্ত করে। প্রথমাবস্থায় এই সকল পংষ্টিউল্ সিরম (Serum) রসপূরিত ইপিথিলীয়মের সামান্য উন্নতি মাত্র বলিয়া বোধ হয। এই সকল সূক্ষ্ম ভেসিকলের আকার আল্‌পিনের মস্তকের ন্যায়। অপিচ উহাদিগকে, শ্বেতাভ ও আল্‌পিনের মস্তক সদৃশ সূক্ষ্ম পিম্পল্ (Pimple) বা ফুস্কুডি, যাহার শীর্ষভাগে তদ্রূপ আর একটী ফুস্কুডি সত্বর পরিবর্দ্ধিত হইয়াছে, এরূপ বলিয়াও বোধ হইতে পারে। এই সকল ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র পদার্থ কন্‌জংটাইভার রক্তসংঘাতিত কোন ক্ষতস্থানে অবস্থান করে, তদ্ব্যতীত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর অপরাপর অংশ সম্পূর্ণ সুস্থ বলিয়া বোধ হয়। যদি কতকগুলি পংষ্টিউল্ একত্র হইয়া এক চক্ষুর কন্‌জংটাইভায় অবস্থান করে, তাহা হইলে প্রায় সমস্ত বা অধিকাংশ ঝিল্লী (কন্‌জংটাইভা) লোহিত বর্ণ ও প্রদাহিত বলিয়া দৃষ্ট হয়। এই লোহিতবর্ণস্থানোপরি শ্বেতাভ-পীতবর্ণ উন্নত

* "Maladies des Yeux," par M. Wecker, vol I p 139.

পঃষ্টিউল্‌দিগকে সর্ব্বদা স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। এই সকল অবস্থায় উক্ত পঃষ্টিউল গুলি কর্ণিয়ার প্রান্ত-সন্নিকটে অবস্থান করতঃ, কখন কখন তাহার উপর আসিয়াও বিস্তৃত হয়, অর্থাৎ কিয়দংশ কন্‌জংটাইভায় ও কিয়দংশ কর্ণিয়ায় অবস্থান করে।

প্রথমে এই সকল ক্ষুদ্রং পঃষ্টিউলের মধ্যে অল্প পরিমিত পরিষ্কৃত ও তরল রসপদার্থ থাকে। এই রস সত্বর পরিবর্ত্তিত হইয়া ঈষৎ পীতবর্ণ ও আবিল হওতঃ, লিম্‌ফ্‌ ভেসিক্‌ল্ (Lymph vesicle) অর্থাৎ লসীকাবিম্বের আকার ধারণ করে। আট কিম্বা দশ দিনের মধ্যেই এই পঃষ্টিউল্ সকলের অন্তর্ব্বর্ত্তী উক্ত রস চারিদিকে হয় আশোষিত হইয়া যায়, নতুবা ইপিথিলীয়ম্ ছিন্ন হইয়া বহিঃসৃত হইয়া পড়ে। ইহাতে কেবল বাহ্যদেশে একটী ক্ষত উৎপন্ন হয়, এবং অধিকাংশ স্থলে সেই ক্ষত ইপিথিলীয়্যাল্ সেলসের নূতনং স্তরদ্বারা সত্বর পরিপূরিত হয়। পরিশেষে কন্‌জংটাইভাতে যে রক্তসংঘাত হইয়াছিল, তাহা অদৃশ্য হইয়া, তাহাকে প্রকৃত অবস্থায় পুনরুপনীত করে। *

লক্ষণ।—এই রোগজ লক্ষণ গুলি গুরুতর বলিয়া বোধ হয় না। রোগী চক্ষুতে বালুকা বা চূর্ণ প্রস্তরকণা পতিত হইয়াছে বলিয়া বোধ করে। আর কন্‌জংটাইভার যে সকল রক্তবহা-নাড়ীতে রক্তসংঘাত হইয়াছে, তাহার বিপরীতদিকে রোগী অক্ষিগোলক বিঘূর্ণিত করিলে, কিঞ্চিৎ যাতনা বোধ করে। অল্পক্ষণ চক্ষু উন্মীলিত করিয়া রাখিলে, ক্লেশ বোধ হয়, এবং উহা হইতে ক্রমশঃ অল্পাল্প অশ্রু পতিত হইতে থাকে। কর্ণিয়ায় পঃষ্টিউল্ উদিত না হইলে, আলোক অসহ্য বলিয়া বোধ হয় না। রোগী প্রোন্মীলিত চক্ষুতে আমাদের নিকট চিকিৎসিত হইতে আসিয়া, কেবল পূর্ব্বোক্ত যাতনা গুলিই উল্লেখ করিয়া থাকে। অধিকন্তু নিদ্রাবস্থায় অক্ষিপুটদ্বয় সংযুক্ত হয় বলিয়াও অভিযোগ করে। পরীক্ষা করিয়া দেখিলে, কর্ণিয়ায় বা কর্ণিয়ার প্রান্ত সন্নিকটে এক বা তদধিক পঃষ্টিউল দেখিতে পাওয়া যায়। চতুষ্পার্শ্বস্থ কন্‌জংটাইভায় রক্তসংঘাত হয়, এবং তদ্ব্যতীত চক্ষুর অপরাপর অংশ সম্পূর্ণ সুস্থ থাকে।

চিকিৎসা।—উক্ত ভেসিকল সকলে এবং রক্তপূর্ণ কন্‌জংটাইভার উপরিভাগে প্রত্যহ একবার করিয়া, ক্যালমেল্ প্রদান করা ব্যতীত

---

* "Pathology of the Human Eye" Dalrymple Plate XIII description

ডাং ম্যাকনামারা সাহেব এই রোগের অন্য কোন বিশেষ উপকারক চিকিৎসা জ্ঞাত নহেন। এই ক্যালমেল চূর্ণ উষ্ট্রলোম-তূলিকা দ্বারা সুবিধামত চক্ষুতে প্রদান করিতে পারা যায়; এবং তৎপরেই কিয়ৎক্ষণের নিমিত্ত অক্ষিপুটদ্বয়কে মুদিত করিয়া রাখিতে হয়। উহা নিক্ষেপ করিলে, চক্ষুতে সামান্য যাতনা ও ক্ষণস্থায়ী উত্তেজনা বোধ হয় বটে, কিন্তু তদ্দ্বারা এই কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ নিশ্চয়ই অতি সত্বর আরোগ্য হয়। অপিচ এই ক্যালমেল্ ব্যবহারের সঙ্গে২ প্রত্যহ শয়ন সময়ে অক্ষিপুটপ্রান্তে ডায়েলিউট্ অক্সাইড্ অব্ মার্কবি অয়েন্ট্‌মেন্ট (তিনভাগ ক্যাকাও বটারে ১ ভাগ) প্রলেপিত করা উচিত। কোন২ চিকিৎসক অনুগ্র য়্যাসিটেট্ অব্ লেড অথবা জিংক্ সলিউশন্ প্রত্যহ দুইবার কিম্বা তিনবার চক্ষুতে ফোটা২ প্রদান করিতে আদেশ করেন। কিন্তু রোগী ক্ষীণ ও দুর্ব্বল না হইলে, কোন প্রকার ঔষধের সাহায্য ব্যতিরেকেও রোগ স্বয়ং উপশমিত হইতে পারে। ক্ষীণ ও দুর্ব্বল হইলে, পাস্টিউল্ সকল বারংবার প্রত্যাবৃত্ত হইয়া রোগীকে যথেষ্ট অসুবিধা প্রদান করে, এবং উপযুক্ত ঔষধ বা উপায় দ্বারা রোগীর শারীরিক অবস্থা সবল ও সুস্থ না হইলে, ঐ সকল পাস্টিউল্ কোন মতেই অদৃশ্য হয় না। *

২। দ্বিতীয় শ্রেণীস্থ পাস্টিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্, অথবা বিশুদ্ধরূপে বলিতে গেলে, যাহাকে কন্‌জংটাইভার হার্পিজ্ রোগ হইতে পৃথক্ বোধে, কর্ণিয়ার হার্পিজ্ রোগ বলা যায়, সেই রোগে সচরাচর উভয় চক্ষুই পীড়িত হইয়া থাকে। অধিকন্তু সচরাচর ছয় বৎসর হইতে দ্বাদশ বর্ষবয়স্ক বালকদিগেরই এই পীড়া হইয়া থাকে। কখন২ এই পীড়া স্ক্রুফুলস্ কেরাটাইটিস্ নামেও বর্ণিত হয়। †

কর্ণিয়া পরীক্ষা করিলে, আমরা তদুপরি কতিপয় ক্ষুদ্র২ শ্বেতবর্ণ পাস্টিউল্ বা ভেসিকল্‌স সমন্বিত চিহ্ন দেখিতে পাই। পূর্ব্বে কন্‌জংটাইভায় যদ্রূপ পাস্টিউল্ বা ভেসিকল্‌স উদিত হইবার কথা উল্লিখিত হইয়াছে, এই সকল পাস্টিউলের আকার ঠিক তদ্রূপ। কিন্তু, অক্ষিপুটদ্বয়ের হঠাৎ মুদ্রণ এবং চক্ষুতে আলোকাতিশয্য-বোধ এই রোগে আনুষঙ্গিক হইয়া, উক্ত কর্ণিয়া পরীক্ষা করিতে অত্যন্ত কষ্ট

---

* Lectures on Diseases of the Eye, by Mr Critchett: *Lancet*, vol I., 1854, p. 509

† Dixon "On Diseases of the Eye," p. 95, 3rd edition.

প্রদান করিয়া থাকে। এই উভয় স্থানীয় পাঃষ্টিউলের পরিণতিও তুল্য-রূপ। উহাদের অন্তর্বর্ত্তী পদার্থ হয় আশোষিত হইয়া যায়, নতুবা তদা-বরক ইপিথিলীয়ম্ ছিন্ন করতঃ তন্মধ্য দিয়া কিঞ্চিৎ রসবৎ পদার্থ নিঃসৃত হয়। এই সকল পাঃষ্টিউল কর্ণিয়ার বাহ্যস্তরেই অধিকাংশতঃ দেখিতে পাওয়া যায়। কিন্তু উপর্য্যুক্ত ছিন্ন বা উদ্ভিন্নস্থান আরোগ্য হইতে কখনং অনেক সময় লাগে, এবং উহা ক্রমশঃ অপকৃষ্ট হইতে পারে, এবং পরিশেষে অসুস্থ ক্ষতে পরিণত হইয়া গভীরতর স্তরসকলকেও পীড়িত করিতে পারে *। এই সকল পাঃষ্টিউল্ অনেক দিবস পর্য্যন্ত, এমত কি কতিপয় মাস পর্য্যন্তও পুনঃ পুনঃ উৎপন্ন হইতে থাকে। ইহাতে রোগীকে রোগের যাতনা ভোগ, ও চিকিৎসককে তদুপশমন করিবার কষ্ট বা অসুবিধা ভোগ করিতে হয়।

এই রোগের সুস্পষ্ট স্থলসকলে কর্ণিয়া সতত আবিল হয়; উহার উপরিভাগে পাঃষ্টিউল্ স্থানীয় অস্বচ্ছ চিহ্ন সকল ইতস্ততঃ দেখিতে পাওয়া যায়। রক্তবহা-নাড়ী সকল কন্‌জংটাইভার প্রান্তভাগ হইতে এই পাঃষ্টিউল অভিমুখে ভঙ্গীমান গতিতে আগমন করিতে থাকে। যাহা-হউক এই রোগে কর্ণিয়া সচরাচর রক্তবহা-নাড়ী দ্বারা দীর্ঘকাল আচ্ছন্ন থাকে, এমত নহে, সাধারণতঃ কন্‌জংটাইভাস্থ রক্তবহা-নাড়ীতেই বিরল ও সর্ব্বত্রসমান রক্তসংঘাত হইয়া থাকে। স্ক্লারোটিকও ইহাতে পীড়িত হইয়া পড়ে, এবং কর্ণিয়ার পরিধিবেষ্টিত স্ক্লারোটিকে ঈষৎ লোহিতবর্ণ নাড়ীমণ্ডল সচরাচর রোগসূচকরূপে দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে।

অনবরতঃ পতিত অশ্রুসংবরণ ও আলোকনিবারণ করিবার নিমিত্ত, রোগী অক্ষিপুটে সতত হস্তক্ষেপ করায, চক্ষুর নাসাপাঙ্গ সন্নিকটস্থ স্থানে ত্বগুন্মোচিত হইয়া যায়। নিম্নাক্ষিপুট ও এই স্থানের ত্বগুন্মোচন প্রযুক্ত রোগী বিলক্ষণ কষ্ট ভোগ করিয়া থাকে। অধিকন্তু এই রোগের অনেকানেক স্থলে, নাসারন্ধ্র, ওষ্ঠাধর এবং গণ্ডস্থলের চতুষ্পার্শ্বে একজিমা (Eczema) অথবা হার্পিজ্ সম্বন্ধীয় অনেক ক্ষত এবং তৎসঙ্গেং গ্রীবাগ্রন্থির বৃহত্ত্বতাও আবির্ভূত হইয়া থাকে।

এই রোগের বিশেষ পরিচায়ক অথবা মুখ্যলক্ষণ এই যে, ইহাতে স্নায়বীয় ঘটনা-পরম্পরা অর্থাৎ অপরিমিত আলোকাসহিষ্ণুতা এবং অক্ষিপুটদ্বয়ের সহসাসঙ্কোচন ঘটিয়া থাকে। অধিক পরিমাণে সিলিয়া

* 'Maladies des par Yeux,' par M. Wecker, vol. i. p. 141.

সম্বন্ধীয় যাতনা ভোগ করিতে হয়; কিন্তু তাহা সর্ব্বদা বিদ্যমান থাকে না। ফটোফোবিয়া (Photophobia) অর্থাৎ আলোকভীতি এবং ব্লেফারস্পাজম্ (Blepharospasm) অর্থাৎ সহসা পুনঃ পুটমুদ্রণ এই দুই লক্ষণ পরস্পর সাপেক্ষভাবে অভ্যুদিত থাকে। তন্মধ্যে পূর্ব্বোক্তটী রেটিনা বা দর্শনস্নায়ুর বৃদ্ধিপ্রাপ্ত চেতনাশক্তি (Hyperæsthesia) সম্ভূত। এই চেতনাশক্তি দ্বারা মৃদু আলোকপ্রভাও চক্ষুতে কষ্টানুভব করিয়া দেয়। শেষোক্ত অবস্থা, কগ্ন দর্শনস্নায়ুর, কিম্বা কর্ণিয়ার্ সিলিয়ারী স্নায়ুগণের উত্তেজনা দ্বারা উদ্‌ভূত হইয়া, পর্টিও ডিউরা (Portio dura) নামক অর্বিকিউলারিসের গতিদ স্নায়ুর মধ্যদিয়া প্রতিফলিত হইয়া থাকে। রেটিনায় আলোক স্পর্শ হওয়াই অক্ষিপুটের এই সহসা মুদ্রণ ঘটাইবার এক প্রধান উত্তেজক কারণ। যেহেতু রোগী অন্ধকার গৃহে স্থানান্তরিত হইলে, এই স্পাজমোটিক্ মুদ্রণের অনেক লাঘব হয়; এমন কি, সে চক্ষুরুন্মীলিত করিতেও সমর্থ হয়; এবং তথায় অক্ষিপুটদ্বয় সম্পূর্ণরূপে শিথিল না হওয়াতে, দর্শন ও পঞ্চমস্নায়ুর পরস্পর সম্মিলিত কার্য্যাবলী দ্বারাই এই পুটমুদ্রণ ও বিকাশনক্রিয়া সম্পন্ন হয়, ইহা স্থির করাই যুক্তিসঙ্গত বোধ হইতেছে। ক্ষুৎ-ক্রিয়ার বিষয় অবগত হইলেও ইহার এক দৃষ্টান্ত পাওয়া যায়। সাধারণতঃ এই ক্ষুৎ-ক্রিয়া যেমন পঞ্চমস্নায়ুর উত্তেজন দ্বারা ঘটিয়া থাকে, তদ্রূপ কখনং উহা প্রভূত আলোকমণ্ডলের সম্পর্ক দ্বারাও উৎপাদিত হইতে পারে।

সচরাচর চক্ষু পরীক্ষা না করিয়াও, রোগীর আকৃতি ও অঙ্গভঙ্গী দর্শন করিয়া এই প্রকার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ নির্ণয় করা যাইতে পারে। রোগীর অক্ষিপুটদ্বয় দৃঢ়রূপে মুদিত; মস্তক অবনত; এবং রেটিনায় আলোকাণু পর্য্যন্তও উপনীত হইবে না বলিয়া, রুমাল অথবা হস্তদ্বয় দ্বারা চক্ষুরাবৃত। বলপূর্ব্বক অক্ষিপুট উন্মীলিত করিতে গেলে, চক্ষু হইতে অশ্রুধারা নিপতিত হয়। অক্ষিগোলক স্বেচ্ছাপ্রতিকূলে স্বয়ং ঊর্দ্ধদিকে উত্থিত হইয়া পড়ে। রোগী চক্ষু মুদিত করিতে চেষ্টা করে এবং কখনং উচ্চ ক্ষুৎশব্দও করিয়া থাকে।

অতএব কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা এবং চক্ষুতে আলোকাতিশয্য এই রোগের মুখ্য লক্ষণ। চক্ষুতে স্বল্প যাতনা বোধ হইতে পারে, কিন্তু তাহা সতত অনুভূত হয় না।

সন্ধ্যাসময়ে সচরাচর এই লক্ষণ সকলের বিরাম হইতে থাকে।

যে রোগী দিবাভাগে নিবিড় অন্ধকার গৃহের এক পার্শ্বে বাস করতঃ সামান্য আলোকাণুও চক্ষুর মধ্যে প্রবিষ্ট হইবে না বলিয়া, কোমল উপাধান মধ্যে চক্ষু লুক্কায়িত রাখে, সে এক্ষণে সন্ধ্যাকালে প্রফুল্লচিত্তে গাত্রোত্থান করত, বন্ধুবর্গের সহিত সম্মুখ-কথোপকথনে প্রবৃত্ত হয়।

চিকিৎসা।—কর্ণিয়ার হার্পিজ্‌ রোগ সচরাচর অতি কষ্টে উপশমিত হইয়া থাকে। ইহা একবিধ দৃঢ়স্থায়ী রোগ। এই রোগের চিকিৎসা করিতে হইলে অগ্রে যাহাতে শারীরিক স্বাস্থ্যের বৃদ্ধি হয়, তদ্বিধান করা বিধেয়। কড্‌ লিভার অইল এবং আইওডাইড্‌ অব্‌ আইরণ, ও তৎসঙ্গে২ পুষ্টিকর খাদ্য, পরিষ্কারপরিচ্ছন্নভাবে অবস্থান, এবং সতত বিমল বায়ুসেবন ইত্যাদি উপায়ের উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করা যাইতে পারে। আইরণের পরিবর্ত্তে, অগ্রে কার্বনেট্‌ অব্‌ সোডার সহিত দুই এক গ্রেণ কুইনাইন প্রত্যহ দুই বার করিয়া সেবন করিতে ব্যবস্থা দিয়া, চিকিৎসা আরম্ভ করা উচিত। আইওডাইড্‌ অব্‌ আইরণের সহিত এই ঔষধদ্বয় ব্যবহার করিলেও বিলক্ষণ উপকার দর্শে। এই রোগে, একজিমা অর্থাৎ ত্বকস্ফোটক অথবা অন্য কোনপ্রকার চর্ম্মরোগ উপসর্গীভূত হইয়া, রোগীর মুখমণ্ডলে আবির্ভূত থাকিলে, আর্সেনিক বিশেষ কার্য্যকারক হয়। এইরূপ স্থল সকলে চর্ম্মরোগ আরোগ্য করিলেই চক্ষুর রোগও আরোগ্য হয়। আর্সেনিক সেবন করিতে হইলে, ভোজনের পর লাইকর আর্সেনিকেলিস্‌, অধিক জলে মিশ্রিত করিয়া সেবন করিলে অনেক উপকার দর্শে। রোগীর বয়স অনুসারে ঔষধের মাত্রারও প্রভেদ হইয়া থাকে। যুবা ব্যক্তিদিগকে ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব সচরাচর ৬ মিনিম ও পরে ক্রমশঃ ১০ মিনিম পর্য্যন্ত ব্যবহার করিতে দিয়া থাকেন। এইরূপে যে পর্য্যন্ত চর্ম্ম ও চক্ষুরোগ বিলক্ষণ আরোগ্য হইতে আরম্ভ না হয়, অথবা উক্ত ঔষধের বিশেষ২ গুণ রোগীর পক্ষে উপকারক বলিয়া প্রতীয়মান না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত এই ঔষধ প্রত্যহ তিনবার করিয়া সেবন করা সর্ব্বতোভাবে উচিত।

এই চিকিৎসা প্রণালীর সঙ্গে২ প্রত্যহ সন্ধ্যাসময়ে অক্ষিপুট চর্ম্মোপরি, টিংচার আইওডাইন্‌ প্রলেপন, অথবা কপোলদেশে পর্য্যায়ক্রমে ব্লিষ্টার সংযোজন বা বেধনকরণ দ্বারা উক্ত অংশ প্রত্যুত্তেজিত করা সমধিক প্রয়োজনীয়।

ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব য়্যাট্রোপীনের উগ্র সলিউশন্‌ প্রত্যহ দুইবার করিয়া চক্ষুতে ব্যবহার করিতে আদেশ দিয়া থাকেন। ইহাতে চক্ষুর আলোকভীতি দূরীভূত হয়; এবং সচরাচর রোগের অনেক উপকার করিয়া থাকে।

কোনং স্থলে য়্যাট্রোপীন চক্ষুকে উত্তেজিত করে, এজন্য তত্তৎ স্থলে অর্দ্ধ ঔন্স এক্‌ট্র্যাক্ট অব্‌ বেলাডোনা এক গ্রেণ য়্যাট্রোপীনের সহিত মিশ্রিত করিয়া, প্রত্যহ দুইবার ভ্রূদেশে ঘর্ষিত করা বিধেয়। যতদিন পর্য্যন্ত কনীনিকা বিস্তৃত ভাবে পরিপ্রসারিত না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত চক্ষুর অভ্যন্তরেই হউক আর বাহিরেই হউক, এইরূপ য়্যাট্রোপীন ব্যবহার স্থগিত রাখা কোনমতেই বৈধ হয় না, সুতরাং অন্ততঃ দশ বা পনর দিবস পর্য্যন্ত উক্ত ঔষধ ব্যবহার করা সচরাচর অত্যন্ত প্রয়োজনীয় হইয়া উঠে। অপিচ পূর্ব্বোক্ত প্রকারে য়্যাট্রোপীন্‌ বা বেলাডোনা ব্যবহারে, কনীনিকা সম্পূর্ণ প্রসারিত হইয়া, সচরাচর রোগীকে অনেক শান্তি প্রদান করিয়া থাকে। উত্তেজনা স্থগিত হইবার অব্যবহিত পরেই যত দিন পর্য্যন্ত কর্ণিয়ার আবিলতা ও উহাতে রক্তবহা-নাড়ী-সমাবেশন- বিনাশিত না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত প্রত্যহ একবার করিয়া ক্যালমেল্‌ তদুপরি চূর্ণবৎ বিলক্ষণ প্রদান করিতে হয়। রেড্‌ প্রিসিপিটেট্‌-অয়েন্টমেন্ট্‌ অপেক্ষা ক্যালমেল্‌ ব্যবহার করা আমার মতে উত্তম বলিয়া বোধ হয়; কিন্তু অত্যন্ত স্নায়ুপ্রধান বালকদিগের পক্ষে তদ্ব্যবহার অপেক্ষা উক্ত ক্যালমেল ব্যবহার অত্যন্ত সহজ। এই অয়েন্ট-মেন্ট প্রত্যহ একবার করিয়া ব্যবহার করিতে হয়। প্রথমতঃ নিম্নাক্ষিপুট উল্টাইয়া, তদুপরি একবিন্দু অয়েন্ট্‌মেন্ট্‌ প্রদান করতঃ, কিয়ৎক্ষণের নিমিত্ত চক্ষু মুদিত করিয়া রাখিতে হয়, তৎপরে উহা পুনর্ব্বার উল্টাইয়া প্রলেপাবশিষ্ট অয়েন্ট্‌মেন্ট্‌ একখণ্ড কোমল চীরবাস দ্বারা তদুপর হইতে মুছিয়া লইতে হয়।

দিবাভাগে অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ থাকা, প্রাতঃসন্ধ্যা ব্যায়াম করা, ও যেং কার্য্য ও উপায় দ্বারা শারীরিক স্বাস্থ্যের উন্নতি হয়, তত্তৎ বিধান করা সর্ব্বতোভাবে উচিত। চক্ষুতে কম্প্রেস্‌ ও ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিলে, যদি ক্লেশ বোধ না হয়, তবে তাহা করা বিধেয়। কারণ ইহাতে রেটিনায় আলোক স্পর্শ করিতে পারে না; এবং কেবল অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ না থাকিয়া, মধ্যেং বিশুদ্ধ বাহ্যবায়ু সেবন ও বন্ধুবর্গের সহিত কথোপকথনজনিত সুখভোগও করিতে পারা যায়। বালকেরা

এই কম্প্রেস্‌ ও ব্যাণ্ডেজ সর্ব্বদা ধারণ করিতে সমর্থ নহে, এবং তাহারা স্বাভাবিক বাল্যস্বভাব প্রযুক্ত অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ থাকিতে কোন কষ্ট বোধ করে না। তাহারা এই কষ্ট যুবা ব্যক্তি অপেক্ষা অধিকতর সহ্য করিতে পারে।

যখন চক্ষুর অপাঙ্গচর্ম্ম উন্মোচিত বা ক্ষত সমবেত হয়, তখন তথায় ট্যানেট্‌ অব্‌ গ্লিসিরীণ অথবা চল্লিশ ভাগ কড্‌ লিভার অইলে এক ভাগ কার্বলিক্‌ য়্যাসিড্‌ মিশ্রিত করিয়া প্রদান করিতে হয়, তদ্ব্যতীত উক্ত অংশ জলদ্বারা ধৌত করা, কদাচ বৈধ হয় না। উহা বাহ্যবায়ু বা ধুলি হইতে সতত রক্ষিত করা, এবং তদুপরি উপর্য্যুক্ত একতর ঔষধ প্রলেপিত করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়, অথবা উপর্য্যুক্ত ঔষধদ্বয়ের পরিবর্ত্তে, বেনজোয়েটেড্‌ অক্সাইড্‌ অব্‌ জিংক্‌ অয়েন্ট্‌মেন্ট্‌ ব্যবহার করিয়া, পরিশেষে শিথিল ব্যাণ্ডেজ্‌ দ্বারা আবৃত করিয়া রাখা উচিত।

কারণ।—যে পঃষ্টিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগ কেবল আক্ষিক কন্‌জংটাইভাকে পীড়িত করিয়া থাকে, তাহা কখন২ বাহ্য কোন পরিদৃশ্যমান কারণ ব্যতীতও আবির্ভূত হইতে পারে। কিন্তু অধিকাংশ স্থলেই, রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্যের কিঞ্চিৎ ব্যাঘাত জন্মিয়া থাকে। আর যখন কর্ণিয়ায় এই পীড়া জন্মে তখন উহা স্ক্রফুলস ডায়েথেসিস্‌ রোগের সহিত এত সম্বন্ধ থাকে যে, এই প্রকার পঃষ্টিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্‌ রোগ স্ক্রফুলস্‌ কেরাটাইটিস্‌ রোগ বলিয়া বর্ণিত হইতে পারে *। সে যাহাহউক অনেকানেক স্থলে, স্ক্রফুলা রোগের কোন চিহ্নই দেখিতে পাওয়া যায় না, কিন্তু তত্রাচ এই রোগ যে সুস্থ ব্যক্তিকে আক্রমণ করে না, ইহা আমাদিগকে অবশ্যই স্বীকার করিতে হইবেক। আর ইহাও নিঃসন্দেহ বোধ হয় যে, দরিদ্র সন্তানদিগের পক্ষে, স্বল্প ও অস্বাস্থ্যকর আহার, এবং উপযুক্ত আলোক, বায়ু ও শারীরিক স্বাস্থ্যবর্দ্ধক সাধারণ বস্তুর অভাব, এই সকলই রোগের উৎসাধক হইয়া থাকে। কিন্তু আমাদের ইহা স্মরণ রাখা উচিত যে, সিলিয়ারি স্নায়ু নানা কারণে অর্থাৎ নিরপেক্ষভাবেই হউক, অথবা সাপেক্ষিত হইয়া পঞ্চম স্নায়ুর অন্য কোন শাখা দ্বারা উত্তেজিত হইলে, কর্ণিয়ায় হার্পিজ্‌ রোগ উৎপন্ন হইতে পারে। একজিমা, অথবা গণ্ডস্থল

* ইহানিশ্চয় বোধ হইতেছে যে, এই রোগের আনুষঙ্গিক মুখ ও কর্ণের সমীপস্থ অসুস্থ ক্ষত ও তজ্জনিত গ্রীবা গ্রন্থিবৃহত্বতা দেখিয়াই এই নামের কল্পনা হইয়াছে।

বা নাসা-শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর অপরাপর চর্ম্মরোগও এই কারণে উৎপন্ন হইতে পারে।

এক্‌জ্যান্থিমেটস্ কন্‌জংটিভাইটিস্ (Exanthematous conjunctivitis)।—কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ প্রকরণ শেষ করিবার পূর্ব্বে আমি এক্‌জ্যান্থিমেটস্ কনজংটিভাইটিস্ রোগ বর্ণনায় কিঞ্চিৎ প্রবৃত্ত হইতেছি। অনেক স্থলে মিসল্‌স্ অর্থাৎ হাম এবং স্কার্লেট্‌ অর্থাৎ লোহিত জ্বরাক্রান্ত ব্যক্তির কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ ঐ সকল রোগের সঙ্গে সঙ্গেই উপশমিত হইয়া থাকে; উহাতে কোন বিশেষ ঔষধ ব্যবস্থার প্রয়োজন হয় না। যদি এই কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগে কর্ণিয়ার ক্ষত ইত্যাদি অন্য কোন উপসর্গ আবির্ভূত হয়, তবে পরবর্ত্তী অধ্যায়ে "কর্ণিয়ার ক্ষত" নামক রোগবর্ণনায় তদ্বিষয় বিশেষরূপ বর্ণিত হইয়াছে বলিয়া, এস্থলে উল্লিখিত হইল না। সাধারণতঃ পোস্ত ঢেঁড়ির সেক দিলে উত্তেজনা ও ক্ষণস্থায়ী অকিঞ্চিৎকর আলোকাসহিষ্ণুতা সহজেই দূরীভূত হইয়া যায়; কেবল রোগীকে কতিপয় দিবসের নিমিত্ত অন্ধকার গৃহে আবদ্ধ থাকিতে হয়। সাধারণতঃ য়্যালম্ এবং সল্‌ফেট্‌ অব্ জিংক্ প্রভৃতি য়্যাষ্ট্রিন্‌জেন্ট্ লোশন কন্‌জংটাইভায় ব্যবহার করিলে, উপকার না দর্শিয়া বরং সমধিক অপকারই হইয়া থাকে। বাস্তবিক শান্তিকর চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করাই শ্রেয়ঃ, এবং ইহাতে আদিম রোগাপনয়ন হইলেই কন্‌জংটাইভার রোগও সত্বর উপশমিত হইয়া যায়।

পৃথিবীর যে দেশে বসন্ত রোগের (Variola) প্রাদুর্ভাব এবং যেখানে গোবীজ দ্বারা টিকা দিবার প্রথা অদ্যাপিও প্রচলিত হয় নাই, তথায় এই রোগ দ্বারা চক্ষুর ভয়ানক বিনাশ হইয়া থাকে। অন্যান্য কারণ অপেক্ষা ভারতবর্ষবাসী অনেকে এতদ্দ্বারা অন্ধ হইয়া থাকেন।

বসন্তের উদ্ভেদাবস্থায় কর্ণিয়ায় কোন প্রকার পাষ্টিউল্ উৎপন্ন হয় না*। কিন্তু গৌণজ্বরাবস্থায় (Secondary fever) উহাতে সত্বর ক্ষত এবং টিসুবিনাশ আবির্ভূত হইয়া থাকে। চিকিৎসা কার্য্যসময়ে এই বিষয় অত্যন্ত প্রয়োজনীয়, কারণ অন্যান্য অবস্থাপেক্ষা রোগের প্রথমাবস্থায় অক্ষিপুট যে অত্যন্ত স্ফীত হয়, সেই স্ফীতিপ্রযুক্ত তৎসময়ে

---

* Article by Mr Marson, Reynolds, "System of Medicine" vol. i p. 444.

চক্ষুর অবস্থা পরীক্ষা করা তত প্রয়োজনীয় বলিয়া বোধ হয় না। কিন্তু এই স্ফীতি অপনীত হইলে রোগী ক্ষীণ ও ক্লান্ত হইয়া পড়ে, এবং তৎসময়েই চক্ষুর অবস্থা পরিজ্ঞাত হওয়া বিধেয়। এই পরীক্ষায় কর্ণিয়া সামান্য আবিল বা অস্বচ্ছ দৃষ্ট হইলে, চিকিৎসক অত্যন্ত চিন্তিত হইয়া থাকেন। কারণ এই অবস্থা প্রযুক্তই কর্ণিয়ায় বিনাশক পরিবর্ত্তন সকল সত্বর বৃদ্ধি প্রাপ্ত হইতে থাকে। অত্যল্প দিন মধ্যেই কর্ণিয়া সম্বন্ধীয় টিসু সকল চূর্ণ বিচূর্ণিত হইয়া বিনাশিত হয়। তদনন্তরে আইরিস বহিঃসৃত হইয়া আইসে এবং সচরাচর চক্ষুর সম্পূর্ণ বিনাশ উপস্থিত হইয়া পড়ে।

চিকিৎসা।—সাধারণতঃ স্থানীয় কোন প্রকার ঔষধ অপেক্ষা টনিক্ বা বলকারক চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করা বিধেয়। যে উপায়ে হউক না কেন, রোগীর বলবৃদ্ধি করা আবশ্যক। চক্ষুকে বিশেষরূপ পরিষ্কৃত রাখিতে হয় এবং শয়ন সময়ে অক্ষিপুটপ্রান্তে বিশুদ্ধ গ্লিসিরীণ বা সুইট্ অইল্ প্রলেপিত করিলে, উহারা নিদ্রাবস্থায় পরস্পর সংযুক্ত হইতে পারে না। কনীনিকা প্রসারিত রাখিবার নিমিত্ত, বিশেষতঃ কর্ণিয়ায় ক্ষত হইলে, প্রত্যহ প্রাতঃকালে চক্ষুতে উগ্র য়্যাট্রোপীন্ সলিউশন্ ফোটা২ করিয়া প্রদান করা বিধেয়। যদি এই সকল চিকিৎসা সত্ত্বেও বিনাশক-ক্রিয়া বৃদ্ধি পাইতে থাকে, তবে অক্ষিগোলকের বিতান হ্রাস করিবার নিমিত্ত, কর্ণিয়াকে বিদ্ধ করতঃ তদভ্যন্তরস্থ য়্যাকিউয়স্ হিউমার নিঃসৃত হইতে দেওয়া অত্যন্ত আবশ্যক। কোন২ স্থলে লেন্‌স্ সমবেত বা অসমবেত আইরিস নিষ্কাশন করা বিধেয় হইয়া থাকে। এই বিষয় পরবর্ত্তী অধ্যায়ে "কর্ণিয়ার ক্ষত" বর্ণনায় বিশেষ বর্ণিত হইয়াছে।

জ্বারফ্‌থ্যাল্‌মিয়া (Xerophthalmia)।—এই রোগ সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় না। ইহাতে কন্‌জংটাইভার গ্রন্থি সকলের যান্ত্রিক ক্রিয়াদি বিনষ্ট হয়; এবং তাহারা উপযুক্ত রস নিঃসৃত করিয়া শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর উপরিভাগ মসৃণ রাখিতে পারে না।

কন্‌জংটাইভা বলিত চর্ম্মের আকার ধারণ করে। কর্ণিয়ার স্বচ্ছতা হ্রাস হইয়া সচরাচর দৃষ্টিশক্তির সম্পূর্ণ ব্যাঘাত জন্মে। দীর্ঘস্থায়ী উত্তেজনা প্রযুক্তই এই জ্বারফ্‌থ্যাল্‌মিয়া রোগের উৎপত্তি হইয়া থাকে। গ্লিসিরীণ বা ক্যাষ্টর্ অইল্ চক্ষুতে প্রদান করিলে, এই রোগ

উপশমিত হইতে পারে, কিন্তু এই রোগ নিরাময়ের কোন ঔষধ আমরা পরিজ্ঞাত নহি।*

কন্‌জংটাইভার অপায়।

কনজংটাইভার উপবিভাগে বাহ্য পদার্থের স্থিতি।—কন্‌জংটাইভার উপরিভাগে কোন পদার্থ পতিত হইয়া যে প্রকার অপায় আনয়ন করে, তাহা সচরাচর বাহ্যিক মাত্র। সাধারণতঃ ধূলিকণা বা তদ্রূপ অন্যান্য পদার্থ সহসা চক্ষুতে পতিত হইয়া, পঞ্চম স্নায়ুর পেরিফিরাল্ শাখা সমূহকে অপরিমিত উত্তেজিত করে, এবং প্রতিফলিত কার্য্য দ্বারা ল্যাক্রিমাল গ্লাণ্ড বা অশ্রুগ্রন্থি হইতে অপরিমিত অশ্রু নিঃসৃত হইয়া, আঘাতক উক্ত সূক্ষ্ম বাহ্য পদার্থকে ধৌত করিয়া, হয় চক্ষুর বহির্দ্দেশে আনয়ন করে, নতুবা ক্যারংকলের অভিমুখে আনিয়া, তৎস্থানে স্থায়ী রাখে।

কিন্তু সচরাচর রোগী এই প্রাকৃতিক কার্য্যের ব্যাঘাত প্রদান করিয়া থাকে; কারণ চক্ষুতে কোন বাহ্য পদার্থ পতিত হইলে, তৎক্ষণাৎ তৎপদার্থের সম্মুখবর্ত্তী অক্ষিপুটের পক্ষ্ম ধৃত করিয়া, অক্ষিপুটকে অক্ষিগোলক হইতে আস্তে আস্তে সম্মুখদিকে আকর্ষণ করা উচিত। তাহা হইলে উক্ত বাহ্য পদার্থ অনায়াসেই অশ্রু দ্বারা ধৌত হইয়া বাহির হইতে পারে। কিন্তু এইরূপ না করিয়া, অধিকাংশ ব্যক্তিই উন্মত্তপ্রায় হইয়া, অক্ষিপুটদ্বয়ে ঘর্ষণ করিতে আরম্ভ করেন, এবং এইরূপ ব্যবহারে উক্ত কষ্টপ্রদ বাহ্য পদার্থ বহিঃসৃত না হইয়া, বরং কন্‌জংটাইভায় সমধিক দৃঢ়বদ্ধ হইয়া পড়ে।

কর্ণিয়ার সম্মুখস্থ অক্ষিপুটীয় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর কোন অংশে যদি উক্ত বাহ্য পদার্থ সন্নিবিষ্ট হয়, তবে অক্ষিপুট নিমীলনোন্মীলন সময়ে, তদ্দ্বারা কর্ণিয়া ঘর্ষিত হওতঃ সমধিক যাতনা ও উত্তেজনা প্রদান করিয়া থাকে। ইহাতে দেখা যাইতেছে যে, কর্ণিয়ার সহিত সংস্পর্শ হওয়াই এই কষ্টের কারণ, সুতরাং কর্ণিয়ার সম্মুখস্থ পুটীয় কনজংটাইভা ব্যতীত অকিউলো-প্যাল্‌পিব্র্যাল ফোল্‌ড অর্থাৎ অক্ষি ও অক্ষিপুট মধ্যস্থ ভাঁজ প্রভৃতি অন্য কোন স্থানে আবদ্ধ হইলে, উক্ত পদার্থ তত যাতনা বা

* "Handy-Book of Ophthalmic Surgery," by J. Z. Laurence and R. C. Moon, p. 58.

উত্তেজনার কারণ হয় না; এমত কি, আমরা মধ্যে মধ্যে এরূপ স্থল দেখিতে পাই যে, কোন প্রকার বাহ্য পদার্থ চক্ষুতে স্থিত হইয়া অনেক দিবস পর্য্যন্ত কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ আনয়ন করিয়াছে, এবং তাবৎ কাল পর্য্যন্ত রোগী উক্ত পদার্থের বিদ্যমানতা বিষয়ে কিঞ্চিন্মাত্রও সন্দিহান হয় নাই *।

পতঙ্গ সকলও সচরাচর চক্ষুতে পতিত ও আবদ্ধ হইয়া, তাঁহাদের উগ্র মলস্রাব (Acrid secretions) দ্বারা ভয়ানক প্রদাহ উপস্থিত করিয়া থাকে। ভারতবর্ষের উড্ডীয়মান মশা এই বিষয়ের এক উত্তম দৃষ্টান্ত স্থল। উহারা শরীর হইতে উত্তেজক গুণ বিশিষ্ট কোন এক পদার্থ নির্গত করিয়া সচরাচর ভয়ানক কন্‌জংটিভাইটিস রোগ উৎপাদন করে. এই রূপ স্থল ব্যতীত, সাধারণতঃ অন্য কোন বাহ্য পদার্থ কন্‌জংটাইভায় আবদ্ধ হইলে, যদ্রূপ উত্তেজনা প্রদান করিয়া থাকে, এই পতঙ্গ দ্বারাও উহাতে তদ্রূপ উত্তেজনা উত্তেজিত হয়।

চূর্ণ এবং অপরাপর কষ্টিক্ পদার্থ।—এই সকল পদার্থ টিসু সকলের সহিত সমবেত হইয়া, রাসায়নিক কার্য্য দ্বারা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী বিনাশিত করে; সুতরাং তাহা বিগলিত হইয়া, কেবল শুষ্ক ক্ষত চিহ্ন দ্বারাই পরিপূরিত হইয়া আইসে। এই শুষ্ক ক্ষত কলঙ্ক সঙ্কুচিত হইবার সময় এনট্রোপিয়ম্ রোগের উৎপত্তি করিতে, অথবা সিম্বিফেরণ (Symblepharon)) অর্থাৎ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর আক্ষিক ও পুটীয় উপরি ভাগদ্বয়ের সংযোজন ঘটাইতেও পারে। †

চক্ষুতে দ্রবীভূত সিসা নিক্ষিপ্ত হইয়াছে, এরূপ স্থলও আমরা সময়ে সময়ে দেখিতে পাই, এবং কখন কখন সেই সকল স্থলে কিরূপে চক্ষুর উপরিভাগে যথার্থতঃ বাষ্পস্তর সংঘটিত হইয়া চক্ষুকে উক্ত উত্তপ্ত পদার্থপ্রদ অপায় হইতে রক্ষা করিয়া থাকে, তাহা অত্যন্ত আশ্চর্য্যের বিষয়। কিন্তু এই দ্রবীভূত সিসা-জনিত বিনাশক কার্য্যাদি কন্‌জংটাইভার সংযোজক ঝিল্লী পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইলে, উহা বিগলিত হইয়া থাকে, এবং সেই বিগলনজাত ক্ষত আরোগ্য হইয়া তদীয় ক্ষত-কলঙ্ক উৎপন্ন, অথবা সিম্বিফেরণ অর্থাৎ অক্ষিগোলকের সহিত অক্ষিপুটের সংযোগ হয় †।

* "Injuries of the Eye, Orbit, and Eyelids," by Mr. G. Lawson, p 3.

† See case reported by Mr Hutchinson, *Ophth Hospital Reports*, vol, i p. 217.

চূর্ণ দ্বারা কনজংটাইভার কেবল বাহ্য স্তরেই অপকার ঘটিতে পারে। কিন্তু সচরাচর তাহা না হইয়া, উহা যদংশে সংস্পর্শিত হয়, তদংশের যান্ত্রিক বিকার উৎপন্ন করে। চূর্ণ পতিত চক্ষু পরীক্ষা করিলে, কর্ণিয়ার যে যে অংশে চূর্ণ সংস্পর্শিত হয়, কেবল সেই সেই অংশ বিলক্ষণ অস্বচ্ছ বলিয়া বোধ হয়। এই আবিলতা যদিও সত্বর অপনীত হয় বটে, কিন্তু তদ্দ্বারা যে অপকার আনীত হয়, তাহাতে কর্ণিয়ার নিক্রোসিস্ (পূতি) এবং চক্ষুর বিনাশ ঘটনা সচরাচর ঘটিয়া থাকে।

বিদারিতাঘাত (Lacerated wounds)।—কন্‌জংটাইভার এই অবস্থা সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায়; ইহাতে কোন তীক্ষ্ণাগ্র বস্তুদ্বারা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী অল্প বা অধিক পরিমাণে ছিন্নবিচ্ছিন্ন হয়। এইরূপ স্থলে সচরাচর অধিক পরিমাণে ইকিমোসিস্ উৎপন্ন হইয়া, রোগীকে ভয়ানক চিন্তিত করে, কিন্তু তদ্ব্যতীত সচরাচর এইরূপ স্থলে ভয়ের কোন কারণ নাই। বিদারিত স্থান সত্বরই আরোগ্য হইয়া উঠে।

কনজংটাইভার অপায় চিকিৎসা।—পতঙ্গ, চূর্ণ অথবা অন্য কোন বাহ্য পদার্থ পতিত হইয়া অপায় আনয়ন করিলে, তৎক্ষণাৎ তাহাদিগকে বহিষ্কৃত করা বিধেয়, ইহা আমার বলা বাহুল্য মাত্র।

ঊর্দ্ধাক্ষিপুট কিরূপে উল্‌টাইতে হয়, তাহা ইতিপূর্ব্বে ২৮ পৃষ্ঠায় (২য় অধ্যায়ে) বর্ণিত হইয়াছে। অনুসন্ধেয় পদার্থ আবিষ্কার করিবার পূর্ব্বে টার্সো-অর্বিট্যাল্ ফোল্‌ড এবং সেমিলুনার ফোল্‌ড বা অর্দ্ধচন্দ্রাকৃতি ভাঁজ সমবেত সমুদায় শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী বিশেষ করিয়া অনুসন্ধান করা আবশ্যক। অপরন্তু ইহাও অধিক কষ্টের বিষয় যে, বাহ্য পদার্থের চতুষ্পার্শ্বস্থ কন্‌জংটাইভা সচরাচর স্ফীত ও কিমসিস্ সম্বলিত হয় বলিয়া, তদন্তর্ব্বর্ত্তী আঘাতক বাহ্য পদার্থ সম্পূর্ণ অদৃশ্য হইয়া পড়ে; সুতরাং বিশেষ মনোযোগসহকারে অনুসন্ধান না করিলে উহা কখনই দৃষ্টিগোচর হয় না। দৃষ্টিগোচর হইলে, নিড্‌ল বা স্পাড্ নামক অস্ত্রদ্বারা উহাকে অনায়াসেই কন্‌জংটাইভা হইতে উত্তোলিত করিয়া লওয়া যাইতে পারে। উহা দৃঢ়রূপে আবদ্ধ হইলে, এক খানি কাঁচি দ্বারা কন্‌জংটাইভার কিঞ্চিৎ স্তর পর্য্যন্ত ও কর্ত্তন করিয়া, উক্ত বাহ্য পদার্থকে বহির্গত করা আবশ্যক। তৎপরে এক বা দুই দিন পর্য্যন্ত চক্ষুকে প্যাড্ ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা শিথিল ভাবে বন্ধন করিয়া রাখা উচিত।

চক্ষুতে চূর্ণ পতিত হইলে, এত যাতনা উপস্থিত যে, রোগীকে

ক্লোরোফর্ম্মের অধীনে না আনিলে চক্ষু উত্তমরূপ পরীক্ষা করা যায় না। অত্যন্ত সাবধান হইয়া একখানি ক্ষুদ্র স্প্যাচুলা বা নিডল দ্বারা কনজংটাইভা হইতে চূর্ণরেণু সকল উত্তোলিত করিয়া লইবে, ও তৎপরে চক্ষুতে বিলক্ষণ করিয়া উত্তপ্ত জলের পিচকারী দিতে হয়। এই পিচকারী ঊর্দ্ধাক্ষিপুটের নিম্নে বিশেষ করিয়া প্রদান করিলে, প্রত্যেক চূর্ণরেণু ধৌত হইয়া বহির্গত হইয়া থাকে।* ধূলি বা তদ্রূপ অন্য কোন পদার্থ চক্ষুতে পতিত হইলে, ঐরূপ পিচকারী দেওয়া অত্যন্ত আবশ্যক; তদ্ব্যতিরেকে উহা বহিষ্কৃত করা অত্যন্ত কষ্টকর হইয়া উঠে।

এইরূপ ঘটনার পর কনজংটাইভা এবং চক্ষুর গভীর নির্ম্মাণ ভয়ানক প্রদাহিত হইতে পারে, সুতরাং তাহা হইলে, পূর্ব্বে তাহার চিকিৎসাপ্রণালী বিষয়ে যেরূপ বর্ণিত হইয়াছে, তদনুরূপ চিকিৎসা করিতে হয়। উত্তপ্ত টেঁড়িজলে সেক, কতিপয় জলৌকা সংলগ্ন এবং আফিঙ্গ সেবন ইত্যাদিই উহার প্রধান ব্যবস্থা। আইরিস্ পীড়িত হইতে পারিবে না বলিয়া, কনীনিকা প্রসারিত করিবার নিমিত্ত, চক্ষুতে উগ্র য়্যাট্রোপীন সলিউশন ফোটা২ করিয়া প্রদান করা উচিত। চক্ষুতে অতিরিক্ত যাতনা বোধ হইলে ½ গ্রেণ মর্ফিয়া এবং $\frac{1}{60}$ গ্রেণ য়্যাট্রোপীন দ্বারা জ্রদেশোপরি ত্বগধঃ পিচকারী দিলে রোগীর যাতনার লাঘব হয়, এবং চক্ষুর উত্তেজনা ও প্রদাহ শান্তিলাভ করে।

যদি কিয়দংশ কনজংটাইভা চূর্ণ বা তদ্রূপ কোন পদার্থের সংস্পর্শে, কিম্বা দাহিত হইয়া বিনাশিত হয়, তবে যাহাতে আঘাতিত আক্ষিক কনজংটাইভা পুটীয় কনজংটাইভার সহিত সংযুক্ত না হয়, প্রথমতঃ তদ্বিধান করাই শ্রেয়ঃ। এই বিষয় সম্পাদন করা অতিশয় কঠিন। ইহাতে সচরাচর আমরা যতই কেন চেষ্টা করি না, সকলি বিফল হইয়া যায়; এবং উক্ত দুই শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী সত্বরই বিলক্ষণ সংযুক্ত হইয়া পড়ে।

অনেক বৎসর বিগত হইল, মিষ্টার টিরেল সাহেব যাহাতে উভয় স্থানীয় কনজংটাইভা পরস্পর মিলিত না হয়, তন্নিমিত্ত ধাতুনির্ম্মিত পাত্র তদুভয়মধ্যে স্থাপিত করিতেন; কিন্তু তাহাতে কোন বিশেষ ফল

---

* "Wounds and Injuries of the Eye" by W. White Cooper, p. 277. The eye-douche of vulcanised india-rubber, with a rose jet, is recommended for this purpose

প্রাপ্ত না হইয়া বিফলপ্রযত্ন হইয়াছিলেন *। সম্প্রতি এরূপ কল্পনা হইয়াছে, যে এইরূপ অবস্থায় রোগীকে কৃত্রিম চক্ষু পরিধান করা উচিত। রোগীর কর্ণিয়ার ঠিক সম্মুখে এই কৃত্রিম চক্ষুতে একটী ছিদ্র থাকে। উহা সর্ব্বদা চক্ষুতে স্থায়ীরূপে পরিধান করিলে, আঘাতিত আক্ষিক ও পুটীয় কন্‌জংটাইভার উপরিভাগদ্বয় পরস্পর মিলিত হইতে পারে না। এই কল্পনা সঙ্গত ও বিবেচনাসিদ্ধ বলিয়া বোধ হয়, কিন্তু দুর্ভাগ্যক্রমে সত্বরেই হউক আর বিলম্বেই হউক নিম্নদিক হইতে এই সংযোজন আরম্ভ হইয়া, ক্রমশঃ উত্থিত হওত, কৃত্রিম চক্ষুকে স্থানান্তরিত করে। অপরন্তু অক্ষিগোলকে বিলক্ষণ সংস্পর্শিত করিয়া কৃত্রিম চক্ষু পরিধান করিতে পারে, এমত রোগীও দুষ্প্রাপ্য। সচরাচর উহা চক্ষুকে অসহনীয় রূপে উত্তেজিত করে।

সামান্যরূপ স্থল সকলে অক্ষিপুটকে অক্ষিগোলক হইতে পৃথক্‌ভূত রাখিবার নিমিত্ত, একখণ্ড লিন্ট্, গ্লিসিরীণ কিম্বা তৈলে আর্দ্র করিয়া তদুভয়ের মধ্যে স্থাপিত রাখা বিধেয়। কিন্তু আমি ইতিপূর্ব্বেই উল্লেখ করিয়াছি যে, আমরা যতই কেন চেষ্টা করি না, তাহা উক্ত উভয় স্থানীয় কন্‌জংটাইভার পরস্পর সংযোজনে সচরাচর কোনক্রমেই পর্য্যাপ্ত বাধা প্রদান করিতে পারে না।

শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর বিদারিতাঘাত দুই এক স্থল ব্যতীত সকল স্থলেই অতি সত্বরেই উপশমিত হইয়া থাকে; এবং চক্ষুকে প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা কতিপয় দিবস পর্য্যন্ত বন্ধ করিয়া রাখা ভিন্ন, অন্য কোন চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না। অপরন্তু সুক্ষ্ম রেসমের সুচার দ্বারা বিদারিত স্থানের প্রান্তগুলিকে সংযুক্ত করিয়া রাখিতে পারিলেও উত্তম হয়।

সিম্ব্লিফেরণ (Symblepharon)—অর্থাৎ কন্‌জংটাইভার আক্ষিক ও পুটীয় উপরিভাগদ্বয়ের পরস্পর সংযোজন কখন সম্পূর্ণ ও কখন বা অসম্পূর্ণ হইয়া থাকে। যেস্থলে অসম্পূর্ণ হইয়া থাকে, তথায় পরস্পর সম্মুখস্থ উপরিভাগ হইতে এক বা তদধিক স্থানের টিসু আসিয়া সংযুক্ত হয়, ও শুষ্ক ক্ষতকলঙ্ক সমুৎপাদিত করে; এবং সম্পূর্ণ সিম্ব্লিফেরণ স্থলে, এক বা উভয় চক্ষুর ঊর্দ্ধ কিম্বা নিম্নাক্ষিপুটের সমুদায় কন্‌জংটাইভা আক্ষিক কন্‌জংটাইভার সহিত মিলিত হইয়া পড়ে।

* See article by Mr. Wordsworth, *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. iii. p. 216.

ডিফ্থারিটিক কনজংটিভাইটিস্, ক্ষত, অপায়, কিম্বা দাহ প্রভৃতি সহসা কোন ঘটনা ঘটিলে, তদ্দ্বারা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী পীড়িত হইয়া, উভয় স্থানীয় ও কনজংটাইভায় বিনাশক পরিবর্ত্তন সংঘটিত করতঃ এই ব্যাপারের উৎপত্তি করে। কিন্তু বোধ হয়, চক্ষুতে চূর্ণ সংস্পৃষ্ট হওয়াতেই সচরাচর এই সিম্লিফেরণ সংঘটিত হইয়া থাকে।

যদি এই সংযোজনে কর্ণিয়া সমাক্রান্ত না হয়, তবে উহাতে রোগীর দৃষ্টির কোন হানি হয় না। কিন্তু যে অবস্থাতে হউক না কেন, সংযোজনজনিত অক্ষিগোলকের আবদ্ধগতিতে অল্প বা অধিক পরিমাণে রোগীর অসুবিধা জন্মে; এবং অধিকাংশস্থলে পংটা অধিক বা অল্প দূরে অন্তরিত হওয়ায়, চক্ষু ইপিফোরা অর্থাৎ অশ্রুপূর্ণ হইয়া কষ্ট প্রদান করিয়া থাকে।

চিকিৎসা।—সাধারণতঃ আংশিক বা অসম্পূর্ণ সিম্লিফেরণ চিকিৎসা করিতে অগ্রে অস্ত্রপ্রক্রিয়ার প্রয়োজন হয়। সম্পূর্ণ সিম্লিফেরণে কর্ণিয়া পীড়িত না হইলে, অস্ত্রপ্রক্রিয়ায় রোগীর অবস্থা উন্নতি লাভ করিতে পারে না। আক্ষিক ও পুটীয় ক্ষত কনজংটাইভার উপরিভাগ পরস্পর বিভিন্ন রাখিবার নিমিত্ত নানাবিধ কৌশল উদ্ভাবিত হইয়াছে, কিন্তু সাধারণতঃ তাহার কোন উপায়ই ফলোৎপাদন করিতে সমর্থ হয় নাই।

আংশিক সিম্লিফেরণ স্থলে, যদি পীড়া সামান্য প্রকারের হয়, তবে সংযোজক বন্ধনীগুলি বিভাজিত করিয়া যতদিন পর্য্যন্ত কনজংটাইভার উপরিভাগের উক্ত ক্ষত পরিপূর্ণ হইয়া আরোগ্য প্রাপ্ত না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত এই বিভাজিত প্রান্ত অসংলগ্ন রাখিবার নিমিত্ত সময়েং অক্ষিপুট উল্টাইতে হয়। এই সিম্লিফেরণ অপেক্ষাকৃত অধিক আয়তন হইলে, প্রথমতঃ অক্ষিগোলক হইতে সংযোজক বন্ধনীগুলিকে সমুদায় সংযোগ হইতে চ্যুত করিতে হয়। তৎপরে আক্ষিক কনজংটাইভার ক্ষতপ্রান্ত সূক্ষ্ম সূচীর দ্বারা সংলগ্ন করিয়া, ক্ষত আরোগ্য হইতে সময় প্রদান করা উচিত। পরিশেষে পুটীয় ক্ষতও এইরূপে আরোগ্য করিতে হয়। পুনরায় সিম্লিফেরণ হইতে পারিবে না বলিয়া, অক্ষিপুটকে সদাসর্ব্বদা উল্টাইবার চেষ্টা করিতে হয়।

মিষ্টার টীল সাহেব এই আংশিক সিম্লিফেরণ রোগে নিম্ন লিখিত উপায় অবলম্বন করিতে বলেন। এই উপায় অবলম্বন করিয়া আমিও অনেক স্থলে কৃতকার্য্য হইয়াছি। প্রথমতঃ—আবৃত কর্ণিয়াপ্রান্তের সম-

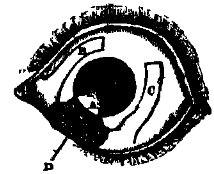
বস্থানস্থিত সংযুক্তাক্ষিপুটের মধ্যদিয়া অস্ত্র নিমজ্জিত করিতে হয়; (২০শ*, I. *a* প্রতিকৃতি দেখ) পরে যতক্ষণ পর্য্যন্ত অক্ষিগোলক অস্বা-

২০শ,* প্রতিকৃতি।

I.



II



ভাবিক বন্ধনচ্যুত হইয়া অবলীলাক্রমে বিঘূর্ণিত হইতে না পারে, ততক্ষণ পর্য্যন্ত অক্ষিগোলক হইতে অক্ষিপুটকে কর্ত্তন করিয়া বিচ্ছিন্ন করিতে হয়। এইরূপে এস্থলে সিম্বিফেরণের শীর্ষকোণ (প্রতিকৃতি, II A) নিম্নাক্ষিপুটের চর্ম্মাংশ বলিয়া, কর্ণিয়াতে সংলগ্ন হইয়া রহিয়াছে।

পরিশেষে দুই খণ্ড লোল কন্জংটাইভা, একখণ্ড নাসাপাঙ্গদিকস্থ অপরিশুষ্ক অক্ষিগোলকোপরি হইতে, অপর খণ্ড অক্ষিগোলকের বহির-পাঙ্গদিক হইতে, কর্ত্তিত করিতে হয়।

ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেব প্রথমে একখানি বিয়ার্স নাইফ্ নামক ছুরিকা লইয়া, দীর্ঘে $\frac{1}{3}$ ইঞ্চি এবং প্রস্থে $\frac{1}{8}$ ইঞ্চি পরিমিত এক খণ্ড কন্জংটাইভা (B, প্রতিকৃতি III) চিহ্নিত করেন। এই খণ্ডের ভূমি সুস্থ কন্জংটাইভার উপর অন্তরাপাঙ্গদেশস্থ উন্মোচিত স্থানে সংলগ্ন হইয়া থাকে, এবং উহার শীর্ষকোণ অক্ষিগোলকের ঊর্দ্ধ-দেশাভিমুখে প্রধাবিত হয়। অতঃপর ইহাকে উক্ত ক্ষতস্থান অতিক্রম করিয়া, অক্ষিগোলক হইতে বিভাজিত করিয়া লয়েন, ও উহার ভূমিদেশে যাহাতে বিলক্ষণ ঘন টিসু অবশিষ্ট থাকে, তদ্বিষয়েও বিশেষ যত্ন করেন। এইরূপে

III



চক্ষুর বহিরপাঙ্গদিক হইতেও আর একখণ্ড উন্মোচিত করিয়া লয়েন। খণ্ড বিভাজিত করিয়া লইবার সময়, কেবল কন্জংটাইভা ছেদিত করিতে হয়; তৎসঙ্গে সঙ্গে উহার নিম্নবর্ত্তী ফেসিয়া কর্ত্তন

করা উচিত নহে। "উপর্যুক্ত দুই খণ্ড এক্ষণে তাহাদের নূতন অবস্থান স্থানে (III প্রতিকৃতি, দেখ) নিয়োজিত হয়। অন্তর অর্থাৎ নাসিকা-দিকস্থ খণ্ড (B) অক্ষিপুটের উন্মোচিত স্থান অতিক্রম করিয়া ক্রমাগত তাহার বহিঃপ্রান্তস্থ সুস্থ কন্‌জংটাইভার শীর্ষকোণে নিঃশেষিত বরতঃ, বহির্দ্দেশ অর্থাৎ কর্ণদিকস্থ খণ্ড (C) অক্ষিগোলকের উন্মোচিত স্থান অতিক্রম করিয়া ক্রমাগত অন্তর্বর্দিকস্থ খণ্ডের ভূমিসন্নিকটে শীর্ষকোণে কন্‌জংটাইভায় বন্ধন করিয়া দেওয়া হয়। এরূপে দুই খণ্ড ক্ষত কন্‌জংটাইভা ঘুঘু পক্ষীর পুচ্ছবৎ দৃষ্ট হইয়া, থাকে। ঐ দুই খণ্ড এইরূপে নূতন অবস্থানে স্থায়ী হইলে, তাহাদের ভূমি সন্নিকটে যেদিকে অযথাবিতান থাকে সেই দিক অনুসরণ করিয়া অস্ত্র বিদারণ করিলে, উহারা জীবিত থাকিতে পারে, এবং অস্ত্র বিদারণ সময়ে, যেস্থান হইতে কন্‌জংটাইভা আনীত হইয়াছে (অর্থাৎ D. E, III, প্রতিকৃতি) সেই খাত স্থানের প্রান্ত একটী সুচার দ্বারা সংবদ্ধ করিতে হয়। এই আনীত কন্‌জংটাইভার প্রান্ত যাহাতে উল্টাইয়া যাইতে না পারে, তন্নিমিত্ত অপর দুই একটী সুচার নিয়োজিত করা গিয়া থাকে।"*

বিবর্দ্ধন ও হ্রাস (Hypertrophy & Atrophy)।

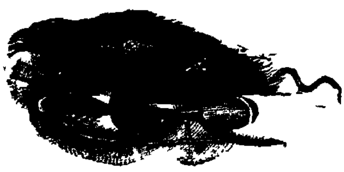
টেরিজিয়ম্ (Terigium)।—আক্ষিক কন্‌জংটাইভা ও তলবর্ত্তী টিসু কিয়ৎপরিমাণে বিবর্দ্ধিত হইলে, তাহাকে টেরিজিয়ম্ কহে। এই টেরিজিয়ম্ প্রায় সচরাচর রক্তবহ-নাড়ী সম্বলিত এবং দেখিতে ত্রিভুজের ন্যায়। এই ত্রিভুজের ভূমি সেমিলুনার ফোল্ডের অভিমুখে এবং শীর্ষকোণ কর্ণিয়া পর্য্যন্ত অবস্থিত থাকে (২১শ, প্রতিকৃতি), কিন্তু টেরিজিয়ম্ সর্ব্বদাই যে, চক্ষুর অন্তরাপাঙ্গদেশ হইতে বিস্তৃত হয় এমত নহে। উহা কন্‌জংটাইভার ঊর্দ্ধ, নিম্ন ও কপোল দেশ হইতে অভ্যুদ্গিত হইতে পারে। কিন্তু উহার শীর্ষকোণ সচরাচর কর্ণিয়ায় বা কর্ণিয়ার অভি-মুখে, এমত কি, কোনং স্থলে কনীনিকা মধ্যদিয়া আলোক প্রবিষ্ট হইতেও বাধা দিয়া অবস্থান করে। অন্যান্য স্থলে, অর্থাৎ যেখানে উহা দৃষ্টির অবরোধক নহে, তথায় এই টেরিজিয়ম্ রোগে শ্রীভ্রংশ ভিন্ন রোগী অন্য কোন অসুবিধা বোধ করে না।

* Ophthalmic Hospital Reports, iii p. 253.

সচরাচর ভারতবর্ষবাসীদিগের কন্জংটাইভায় এইরূপ বিবৃদ্ধি ঘটিয়া থাকে। অধিকাংশ স্থলে কর্ণিয়ার প্রান্তে বাহুতঃ ক্ষত জন্মিয়া এই টেরিজিয়ম রোগের উৎপত্তি হয়; পরে উহা তথাহইতে ক্রমশঃ বহির্দ্দেশে ব্যাপ্ত হইতে থাকে। অন্যান্য স্থলে, বালুকারেণু বা ধূলি চক্ষুতে পতিত হইলে, তাহা তৎক্ষণাৎ অশ্রু দ্বারা ধৌত ও পুটপ্রণালী দ্বারা প্রবাহিত হওতঃ অশ্রুহ্রদে পতিত হইয়া, তদুত্তেজনায় এই রোগের উৎপত্তি করে। যাহাহউক সর্ব্বদা এইরূপ উত্তেজিত হইলে, নাসাপাঙ্গ দেশে কন্জংটাইভার বিবৃদ্ধি ঘটিয়া থাকে।

চিকিৎসা।—অক্ষিগোলকের উপরিভাগ হইতে টেরিজিয়ম্ বিদারিত করা অত্যাবশ্যক। প্রথমে ষ্টপ্ স্পেকিউলম্ দ্বারা অক্ষিপুটদ্বয়কে বিশ্লিষ্ট রাখিয়া, হুক্ কিম্বা ফরসেপ্স্ দ্বারা ঘন কন্জংটাইভাকে সেমিলুনার ফোল্ড হইতে কর্ণিয়াপর্য্যন্ত দূরের ঠিক মধ্যস্থলে ধৃত করিয়া, উক্ত কন্জংটাইভ্যাল্ শোথের নিম্নে কাঁচি কিম্বা ক্যাটার্যাক্ট নাইফ্ নামক ছুরিকা (২১শ, প্রতিকৃতি) নিমজ্জিত করতঃ, স্ক্লেরোটিক্ হইতে বাহ্যদেশে সেমিলুনার ফোল্ড পর্য্যন্ত বিদারিত করিয়া ফেলিতে হয়। উহা কর্ণিয়াতে বিস্তৃত হইলে, তৎসম্মুখ হইতে উহাকে বিদারিত করিয়া লওয়া উচিত। পরে এই বিদারিত স্থানের প্রান্ত একটী বা দুইটী সূক্ষ্ম রেসমের সূচার দ্বারা বন্ধন করা বিধেয়। অস্ত্র প্রক্রিয়ার পরে যত দিন পর্য্যন্ত এই ক্ষত আরোগ্য না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত চক্ষুতে শীতল জলের পটি সংলগ্ন করা যাইতে পারে।

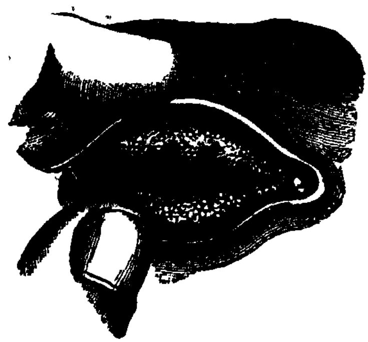
২১শ, প্রতিকৃতি।



কন্জংটাইভার বিবৃদ্ধি।—কন্জংটাইভার বিবর্দ্ধন সচরাচর ঘটিতে দেখা যায়। ইহা সপিউরেটিভ বা অন্য কোনপ্রকার কন্জংটিভাইটিস্ রোগের পরে আবির্ভূত হইয়া থাকে। ইহাতে ভিলস্ নির্ম্মাণ গুলিই প্রধানতঃ পীড়িত হইয়া থাকে; সুতরাং পীড়া সচরাচর পুটাংশেই প্রকাশমান হয়। কন্জংটাইভার বিবর্দ্ধন সচরাচর গ্র্যানিউলার কন্জংটিভাইটিস্ বা 'গ্র্যানিউলার লিড্স্' নামে ক্রমক্রমে বর্ণিত হইয়া থাকে। কারণ, বৃহত্তরীভূত ভিলাইগুলি ক্ষুদ্র দানার (Granul-

ation) আকৃতি ধারণ করে (২২শ, প্রতিকৃতি)। এই অধ্যায়ের প্রথমেই উহাদিগের পরস্পর প্রভেদ বর্ণিত হইয়াছে। *

২২শ, প্রতিকৃতি।



এই রোগ সম্পূর্ণ বা আংশিকরূপে, এক বা উভয়াক্ষিপুটে, অথবা উভয়াক্ষিপুটের কিয়দংশে আক্রমিত হইতে পারে।

অক্ষিপুট উল্টাইয়া দেখিলে, শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী আবক্তিম ও উচ্চাবচ দেখায়। উহা দেখিতে ঠিক্ সুস্থ দানাময় ক্যাত্তব আকার ধারণ করে। কন্জংটাইভার উচ্চাবচ উপরিভাগ কর্ণিয়ায় সতত ঘর্ষিত হইয়া, সময়-ক্রমে তাহাকেও অস্বচ্ছ করিতে পারে। কিন্তু গ্র্যানিউলার কন্জং-টিভাইটিস্ রোগে যেমন কর্ণিয়ায় রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় অস্বচ্ছতা উপ-স্থিত হয়, ইহাতে সচরাচর তাহা ঘটিতে দেখা যায় না।

চিকিৎসা।—অধিকাংশ স্থলে রোগীর শারীরিক অবস্থা অসুস্থ বলিয়া বোধ হয়; সুতরাং কন্জংটাইভার এই অবস্থা উপশম প্রত্যা-শা করিবার পূর্ব্বে, টনিকস্ বা অপরাপর উপযুক্ত ঔষধ বিধান দ্বারা রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্যের উন্নতি চেষ্টা করা আবশ্যক।

এই রোগোপশমার্থে সময়ে সময়ে প্রায় অনেকবিধ স্থানীয় ঔষধ ব্যবহৃত হইয়াছে, কিন্তু তৎসমুদায় কোন কার্য্যকারক হয় নাই। কঠিন-তর স্থলে, ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেব নিম্ন লিখিত প্রকার চিকিৎসা ব্যবস্থা করিয়া থাকেন। ২২শ, প্রতিকৃতিতে যদ্রূপ প্রদর্শিত হইয়াছে,

* "Lehrbuch der praktischen Augenheilkunde," von K. Stellwag von Carion, P 404.

তদ্রূপে অক্ষিপুটকে উল্টাইয়া, বিবর্দ্ধিত কন্‌জংটাইভাকে চিরিয়া দিতে হয়। ইহাতে যে রক্ত নিঃসৃত হইবে, তাহা উত্তপ্ত জল দ্বারা ধৌত করিলে, রক্ত জমাট না বান্ধিয়া বরং পরিষ্কৃত ভাবে বহির্গত হইতে থাকে। রক্ত রুদ্ধ হইলে, একখণ্ড ক্ষুদ্র চীর-বাস দ্বারা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীকে অনার্দ্র করতঃ, তদুপরি ট্যানিক্ য়্যাসিডের উগ্র সলিউশন্ প্রতিসপ্তাহে দুই বার করিয়া প্রলেপিত করিতে হয়। এইরূপ করিলে, যদি উক্ত ভিলাই সকল ক্ষয়িত বা হ্রস্ব না হয়, তবে ট্যানিক্ য়্যাসিডের পরিবর্ত্তে ক্রোমিক্ য়্যাসিড্ সলিউশন্ তদ্রূপে ব্যবহার করা পরামর্শ সিদ্ধ।

অপেক্ষাকৃত সামান্য স্থল সকলে, অক্ষিপুট উল্‌টাইয়া কন্‌জংটাইভার উপরিভাগে চূর্ণ য়্যাসিটেট্ অব্ লেড্ প্রদান করিতে হয়, অথবা বিবর্দ্ধিত টিসুর উপরিভাগে সল্‌ফেট্ অব্ কপার স্পৃষ্ট করিতে পারা যায়। বিশুদ্ধ ও নির্ম্মল সল্‌ফেট্ অব্ কপার প্রতিসপ্তাহে দুই কিম্বা তিন বার করিয়া ক্রমাগত এক মাস পর্য্যন্ত ব্যবহার করিলে, বিশেষ উপকারদর্শে। অনেকানেক চিকিৎসকেরা চূর্ণ ট্যানিক্ য়্যাসিড্ চক্ষুতে প্রদান করিতে বিশেষ পরামর্শ দিয়া থাকেন। বাস্তবিক এইরূপ রোগে উহা একপ্রকার মহৌষধ বলিয়া গণ্য হইতে পারে।

কন্‌জংটাইভার হ্রাস।—সচরাচর ডিফ্‌থারিটিক্ বা গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ হইতে কন্‌জংটাইভা হ্রাস হইয়া থাকে। রাসায়নিক গুণে উক্ত টিসু বিনাশিত হইলেও ঠিক্ তদ্রূপ ফলোৎপত্তি হইতে পারে।

হ্রাসিত নির্ম্মাণ দেখিতে শুক্লবর্ণ ও উজ্জ্বল, উহা সচরাচর কলঙ্কবৎ বলিয়া প্রতীয়মান হয়। হ্রাসিত ঝিল্লী শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর স্বাভাবিক মসৃণ ও কোমল উপরিভাগে আবির্ভূত হইয়া, কর্ণিয়াকে উত্তেজিত করে, সুতরাং তাহা সচরাচর রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। অধিকন্তু হ্রাসিত কন্‌জংটাইভা আকুঞ্চিত হইতে পারে, সুতরাং অক্ষিপুট এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত হ্রস্ব হইয়া পড়ে, এবং উহাদের প্রান্তদ্বয় অন্তর্দ্দিকে বক্র হইয়া (এন্‌ট্রোপিয়ম্) যায়।

যদিও আমরা হ্রাসিত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীকে সুস্থাবস্থায় পরিণত করিতে সম্পূর্ণ অসমর্থ, তথাপি সৌভাগ্যক্রমে আমরা তজ্জনিত অপকারক ফলপরম্পরা সংশোধন বা নিবারণ করিতে পারি। ইহার উপায় এন্‌ট্রোপিয়ম্ এবং কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা প্রকরণে বর্ণিত হইয়াছে।

কন্‌জংটাইভার লোলতা (Relaxation of the conjunctiva)।—বৃদ্ধাবস্থা ব্যতিরেকে কন্‌জংটাইভা প্রায়ই লোল হয় না। বৃদ্ধ বয়সে অক্ষিকোটরের য়্যাডিপোজ টিসু চতুর্দ্দিকে অবসৃত হইয়া যায় ও অক্ষিগোলক অন্তর্দ্দিকে মগ্নায়মান হয় বলিয়া, কন্‌জংটাইভা সমুদয় সংযোগ হইতে শিথিল হইয়া, অক্ষিগোলকের উপরিভাগে ঝুলিতে থাকে। এতজ্জনিত বলিপরম্পরা নাসাপাঙ্গদিকেই প্রধানতঃ দেখা গিয়া থাকে।

এই অবস্থায় রোগী যেরূপ কষ্ট বা অসুবিধা ভোগ করুক না কেন, কোনপ্রকার য়্যাষ্ট্রিন্‌জেন্ট ঔষধ ব্যবহার করিলে, তৎসমুদায় অপনীত হইয়া যায়। ঐ ঔষধে যদি কোন উপকার না দর্শে, তবে অতিরিক্ত ঝিল্লীর কিয়দংশ কর্ত্তন করিয়া লইলে ও ক্ষতপ্রান্ত সংযুক্ত হইলে, এই অবস্থা সম্পূর্ণ উপশমিত হইতে পারে।

সিরম নামক রসোৎপ্রবেশ (Serous Effusion)।—বৃদ্ধ ও য়্যানিমিয়া বা রক্তাল্প রোগগ্রস্ত (Anæmic) অর্থাৎ যাহারা অধিক দিন পর্য্যন্ত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর শিথিল অবস্থা ভোগ করিয়া আসিতেছে, তাহাদের কনজংটাইভার সংযোজক ঝিল্লীতে প্রায়ই রসোৎপ্রবিষ্ট হইয়া থাকে। সামান্য কন্‌জংটিভাইটিস্ রোগ বা তদ্রূপ অন্য কোন সামান্য কারণেও এই রোগ উৎপন্ন হইতে পারে। সচরাচর সহসা উৎপ্রবেশন আসিয়া সমুপস্থিত হয় এবং কন্‌জংটাইভা এত অতিরিক্ত স্ফীত হয় যে, তাহা কর্ণিয়া অতিক্রম করিয়া উন্নত হইয়া উঠে। এই উন্নত স্থান দেখিতে প্রায় জেলি নামক মোরব্বার ন্যায় পীতাভ। চক্ষু হইতে কোন প্রকার ক্লেদ নির্গত বা তাহাতে কোন প্রকার যাতনা বোধ হয় না; যদি যাতনা হয়, তাহাও অত্যল্প মাত্র। অধিকন্তু যদিও রোগী সচরাচর এই রোগে বিলক্ষণ আশঙ্কিত হইয়া থাকে, কিন্তু এই উৎপ্রবেশনে সামান্য কঠিনতা ব্যতীত অন্য কোন মন্দতম ফলোৎপত্তি হইতে পারে না, এই কথা নিশ্চিতরূপে বলিয়া, তাহার সেই আশঙ্কা একেবারেই দূরীকৃত করিতে পারা যায়।

যাহাহউক, বৃদ্ধবয়স ব্যতীতও, কন্‌জংটাইভা বা নিকটবর্ত্তী অন্য কোন নির্ম্মাণের প্রদাহে, অথবা হৃৎপিণ্ড কিম্বা বৃক্ক অর্থাৎ কিড্নীর পীড়া প্রভৃতি দূরবর্ত্তী কারণে, এই রসোৎপ্রবেশ উপস্থিত হইতে পারে।

এই সকল স্থল ব্যতীত সামান্য রসোৎপ্রবেশন স্থলে ভয়ের কোন কারণ নাই। উহা সহসা উপনীত হয়; এবং অক্ষিপুটোপরি কম্প্রেস্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা সামান্য প্রতিচাপ দিলেই সহসা দুই এক ঘন্টার মধ্যেই অপনীত হয়। স্ফীতি অতিরিক্ত হইলে, একটী নিডল দ্বারা উক্ত শ্লৈষ্মিক স্তূপ বিদীর্ণ করিয়া, তন্মধ্য হইতে রস বহির্গত হইতে দেওয়া আবশ্যক। পরক্ষণেই চক্ষুতে প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিতে হয়।

রক্তোৎপ্রবেশন (Effusion of blood)।—কোন আঘাত বা অত্যন্ত চাড লাগিলে, যেমন হুপিং-কফ্ Whooping-cough) প্রভৃতি স্থলে, কনজংটাইভার সংযোজক ঝিল্লীতে রক্তোৎপ্রবেশ হইতে পারে। অপিচ অক্ষিকোটরের কোন অস্থি ভগ্ন হইলে, অর্থাৎ যে কোন কারণে হউক না কেন, উক্ত অংশের রক্তবহা-নাড়ীচয় উদ্ভিন্ন হইলেও এই রোগ জন্মিয়া থাকে। এই উৎপ্রবিষ্ট শোণিত প্রথমতঃ গাঢ় লোহিত-বর্ণ দেখায়, উহা সচরাচর কর্ণিয়া বেষ্টিত কনজংটাইভার নিম্নে অল্প বা অধিক পরিমিত স্থান লইয়া কলঙ্কবৎ প্রতীয়মান হয়, এবং যখন এই কলঙ্ক লুপ্তায়িত অর্থাৎ চতুর্দ্দিকে অবসৃত হইয়া যায়, তখন নানাবিধ বিকৃত বর্ণের উৎপত্তি করে। এইরূপে এক খণ্ড রক্তপিণ্ড দ্বারা শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী প্রকৃত স্থানাপেক্ষা সচরাচর কিঞ্চিৎ উন্নত হইয়া পড়ে। যে কোন অবস্থায় হউক না কেন, এতদ্দ্বারা রোগী দেখিতে অত্যন্ত বিশ্রী হয়; সুতরাং রোগী যাতনা ও অসুবিধার প্রতি মনোযোগ না দিয়া, অগ্রে যাহাতে এই শ্রীভ্রংস উপশমিত হয়, তাহার নিমিত্তই আমাদের নিকট আইসে।

এই স্থানে রক্তোৎপ্রবিষ্ট হইলে, সচরাচর তাহা শীঘ্র শীঘ্র চতুর্দ্দিকে আশোষিত হইয়া যায়, এবং চক্ষুতে কম্প্রেস্ ও ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিলে, এই আশোষণক্রিয়া সত্বর সম্পাদিত হয়। হুপিং-কফ্ রোগগ্রস্ত ব্যক্তির কাশাকর্ষণজনিত আকৃষ্ট অবস্থা দ্বারা যদি এই রক্ত উৎপ্রবিষ্ট হয়, তবে যত দিন পর্য্যন্ত সেই রোগের প্রাবল্য উপশমিত না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত উৎপ্রবিষ্ট রক্ত চতুর্দ্দিকে আশোষিত হইয়া যাইতে পারে না। যাহাহউক, আমরা রোগীর বন্ধুবর্গকে এই রোগের পরিণামফল বিষয়ে আশ্বাস প্রদান করিয়া, তদ্বিষয়ক দুশ্চিন্তা হইতে প্রতিনিবৃত্ত করিতে পারি।

কনজংটাইভার টিউমার (Tumours of the Conjunctiva)

এণ্টোজোয়া (Entozoa)।—কনজংটাইভার সংযোজক ঝিল্লী-তে কখনং এণ্টোজোয়া জন্মে। হাইডেটিড্ সিষ্ট * এবং ফাইলেরিয়া (Filaria) † এই অবস্থানে দেখিতে পাওয়া গিয়াছে।

পলিপস্ (Polypus)।—কনজংটাইভার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী হইতে পলিপস্ নামক পদার্থ উৎপন্ন হইতে পারে। উহার আকার সচরাচর একটী ক্ষুদ্র টিউমারের ন্যায়, কিন্তু কখনং তদপেক্ষা কিঞ্চিৎ বৃহৎ হইয়া থাকে। অপিচ এই সকল উৎপত্তির এক একটী বৃন্ত থাকে, উহারা কোমল এবং উহাদের বর্ণ প্রায়তঃ গোলাপ পুষ্পের ন্যায়। বাস্তবিক নাসারন্ধ্র ও শরীরের অন্যান্য স্থলে উৎপন্ন হইলে উহারা যেরূপ দেখিতে হয়, এস্থলেও দেখিতে ঠিক তদ্রূপ, এবং এই উভয়স্থানীয় পলিপসের নির্ম্মাণগতও সাদৃশ্য আছে। প্রকাণ্ড আকার বিশিষ্ট না হইলে, পলিপস্ সকল এই অবস্থানে কোন প্রকার যাতনা বা অসুবিধা প্রদান করিতে পারে না। একখানি কাঁচি দ্বারা এক ভাগ কনজংটাইভা সমেত উহাদিগকে কর্ত্তিত করা যাইতে পারে।

মেদার্ব্বুদ (Fatty tumours)।—ক্ষুদ্রং মেদার্ব্বুদ কখনং আক্ষিক কনজংটাইভার সংযোজক ঝিল্লী হইতে সমুত্থিত হইয়া থাকে। উহা পীতবর্ণ ও চিক্কণ, কিন্তু অসুবিধা বা যাতনাপ্রদ নহে; কেবল তদ্দ্বারা রোগী দেখিতে কিঞ্চিৎ বিশ্রী হয়। উহাদিগকে কর্ত্তিত করাও কষ্টকর নহে,—একখানি ফরসেপ্স দ্বারা উহাদিগকে ধৃত করিয়া, উহারা যে স্থান হইতে উত্থিত হয়, তথাকার এক ভাগ কনজংটাইভা সমেত কর্ত্তিত করিয়া, পরিশেষে যতদিন পর্য্যন্ত কনজংটাইভার এই ক্ষত আরোগ্য না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষুকে বন্ধ রাখা উচিত।

ওয়ার্ট অর্থাৎ আঁচিল (Warts)।—সচরাচর কনজংটাইভায় অনেকানেক আঁচিল উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই আঁচিল প্রায়তঃ কর্ণিকার প্রান্তসন্নিকটে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর উপরিভাগে সমুত্থিত হয়। উহারা

* "Ophthalmic Medicine and Surgery." W. Jones, p.685, 3rd edit.

† "Annales d'Oculistique," t. xv. p. 183.

দেখিতে ঈষৎ পাংশুবর্ণ; উপরিভাগ মসৃণ এবং তদুপরি কতিপয় সূক্ষ্ম২ লোম উৎপন্ন হইতে সচরাচর দেখা গিয়া থাকে।

কন্‌জংটাইভার যে অংশে এই সকল ক্ষুদ্র২ অর্ব্বুদ উৎপন্ন হয়, সেই অংশের সহিত উহাদিগকে কর্ত্তিত করিয়া লইতে হয়, নতুবা উহারা পুনরুদিত হইয়া থাকে।

সিষ্ট্‌ অর্থাৎ থলী (Cysts)।—কন্‌জংটাইভায় সিষ্ট্‌ জন্মিতে অতি কদাচিৎ দেখা যায়। উহারা একটী মটর অপেক্ষা বৃহৎ হয় না। উহাদের অর্দ্ধস্বচ্ছতা দ্বারা, বিশেষতঃ তির্য্যক রশ্মি দ্বারা পরীক্ষা করিলে, উহাদের প্রকৃতি বিশেষরূপে বোধগম্য হয়। এই সকল থলীর মধ্যে হাইডেটিড্‌ আছে, এরূপ অবগতও হওয়া গিয়াছে।

কন্‌জংটাইভার যে অংশে উহারা উৎপন্ন হয়, সেই অংশের এক-পর্দ্দা স্তর সমেত উহাদিগকে নিষ্কাশিত করিতে হয়।

ইপিথিলিওমা (Epithelioma) অক্ষিগোলকের শ্লৈষ্মিক ঝিলী হইতে প্রায়ই উৎপন্ন হয় না। কিন্তু অধিকাংশ স্থলে এরূপ অবগত হওয়া যায় যে, উহারা পুটীয় কন্‌জংটাইভার সংযোজক ঝিল্লী হইতেই প্রথমে উৎপন্ন হইয়া থাকে। অক্ষিপুটের রোগ বর্ণনে এই পীড়ার লক্ষণ বিষয়ে উল্লেখ করা গিয়াছে; সুতরাং এস্থলে পুনর্ব্বর্ণনা করা আবশ্যক বোধ হইতেছে না।

ক্যান্‌সার (Cancer)।—মেডলারি (Medullary) এবং মেলা-নোটিক্‌ গ্রোথ্‌স্‌ কখনং কন্‌জংটাইভা হইতে উত্থিত হইয়া থাকে। এই বিষয়ক কতিপয় স্থল এম্‌ ও'কার সাহেব বর্ণনা করিয়া গিয়াছেন *।

ক্যারঙ্কলের রোগসমূহ।—ক্যারঙ্কিউলা ল্যাক্রিম্যালিস্‌ (Caruncula Lachrymalis) দেখিতে ক্ষুদ্র, রক্তিম এবং সূচীর ন্যায় আকার বিশিষ্ট (Conical) পদার্থ। উহা চক্ষুর নাসাপাঙ্গ সংযোগ স্থল (Inner Canthus) হইতে উত্থিত, মিবোমিয়ান গ্লাণ্ডের স্তূপ দ্বারা বিনির্ম্মিত এবং কন্‌জংটাইভা দ্বারা আবৃত হইয়া থাকে। উহার উপরিভাগ হইতে কতকগুলি সূক্ষ্ম২ লোম উৎপন্ন হয়।

যে কোন রোগ হউক না কেন, কন্‌জংটাইভাকে আক্রমণ করিলে,

* "Maladies des Yeux" tom I P 199. See also a case in "Handy-Book of Ophthalmic Surgery" by J. Z. Laurence and R. C Moon, p. 60.

তৎসমষ্টিব্যাহারে ক্যারঙ্কলও পীড়িত হইয়া থাকে। তবে অত্যাল্প সংখ্যক স্থলে, উহা স্থায়ীরূপে বৃহত্তরীভূত হয়, দেখিলে একটী গাঢ় লোহিতবর্ণ গ্র্যানিউলেশনের স্তূপ বলিয়া বোধ হইয়া থাকে। এই সকল অবস্থায় উহা ঊর্দ্ধ ও নিম্ন উভয়াক্ষিপুটের পশ্চাদ্দিকে বিস্তৃত হইতে পারে, এবং স্পর্শ করিলে তন্মধ্য দিয়া রক্ত ক্ষরিত হইতে থাকে।

প্রত্যহ উষ্ট্রলোম-তূলিকা দ্বারা বৃহত্তরীভূত গ্রন্থিতে টিংচার অব্ ওপিয়ম্ সংলগ্ন অথবা সলফেট্ অব্ কপার সংস্পৃষ্ট করিলে, সচরাচর এই রোগ উপশমিত হইয়া থাকে। এই অপ্রাকৃত অতিরিক্ত বর্দ্ধন কর্ত্তন করা বৈধ হয় না। কারণ যদি অতঃপর ক্যারঙ্কল হ্রাস হইয়া পড়ে, তবে ল্যাক্রিম্যাল্ পংটা অন্তর্দ্দিকে স্থানান্তরিত হয়, এবং চক্ষু অশ্রুপূর্ণ হইয়া, ও তদানুষঙ্গিক ফলভোগ করতঃ ভয়ানক কষ্ট পাইতে থাকে।

যদি ক্যারঙ্কল হইতে একটী পলিপস্ উত্থিত হয়, তবে একখানি কাঁচি দ্বারা তাহাকে কর্ত্তিত করিয়া তথায় কষ্টিক সংস্পৃষ্ট করিয়া দেওয়া উচিত। এই সামান্য অস্ত্রোপচারের পর উক্ত কর্ত্তিত স্থান হইতে অত্যাল্প মাত্র রক্ত বিগলিত হয়, কিন্তু কিয়ৎক্ষণ পর্য্যন্ত চক্ষুর নাসাপাঙ্গে একখণ্ড স্পঞ্জ দৃঢ়রূপে ধৃত করিলে, এই রক্তক্ষরণ স্থগিত হইয়া যায়। কষ্টিক ব্যবহার করিলেও এই অভিপ্রায় সাধিত হইতে পারে।

অষ্টম অধ্যায়।

DISEASES OF THE CORNEA.

কর্ণিয়ার রোগসমূহ।

সাধারণ সংপ্রাপ্তি—রক্তবহা-নাড়ী-সম্বন্ধীয় অস্বচ্ছতা—কেরাটাইটিস্ বা কর্ণিয়া প্রদাহ—কেরাটাইটিস্ পংটেটা—প্রবল পূয়োৎপাদক কেরাটাইটিস্—নাভিপ্রবল—ক্ষত—হার্ণিয়া—ষ্ট্যাফিলোমা—নালী—বহুল অস্বচ্ছতা—কনিক্যাল্ বা সূচীবৎ কর্ণিয়া—কর্ণিয়ার স্বচ্ছ ও মণ্ডলাকার বর্দ্ধিবর্দ্ধন—কর্ণিয়ার অপচয়—ম্যাল্রাসন্ বা মৃষ্টমল্—নিষ্পেষণ—বিদারিতাঘাত—বাহ্যপদার্থ—আর্কস্ সিনাইলিস্ বা ধনুর্ব্বৎ—অর্ব্বুদ সমষ্টি।

কর্ণিয়ার নানাবিধ রোগ বর্ণনা করিবার পূর্ব্বে, তদীয় সংপ্রাপ্তিগত পরিবর্ত্তন বিষয়ে সাধারণতঃ পর্য্যালোচনা করা অতীব শ্রেয়ঃ।

আমরা অবগত আছি যে, কর্ণিয়া রক্তবহা-নাড়ী দ্বারা নির্ম্মিত নহে। পূর্ব্বকালে, যখন রক্তাধিক্যই প্রদাহের প্রথম ও প্রধান ঘটনা বলিয়া বিবেচিত হইত, তখন কর্ণিয়ায় কি প্রকারে প্রদাহকার্য্য সমুপস্থিত হইতে পারে, তাহা নির্ণয় করা দুরূহ হইত। কিন্তু এক্ষণে জানাগিয়াছে যে, প্রদাহজনিত পরিবর্ত্তন শরীরস্থ ঝিল্লীর উপাদান ক্ষুদ্রস্থ পরমাণুতে প্রথমে আরম্ভ হয়; এবং রক্তাধিক্য ও রক্তবহা-নাড়ী সমাবেশ প্রভৃতি ঘটনা যত কেন গুরুতর বিষয় হউক না, ক্রমান্বয়ে তৎপরে হইয়া থাকে। কর্ণিয়াও কৌষিক সংপ্রাপ্তি-বিষয়ক (Cellular Pathology) আধুনিক মতের পাঠ্য ও বর্ণনীয় বিষয়ের প্রতিপোষক একটী ঝিল্লি।

তৎপরে, শরীরের অন্যান্য অঙ্গ-প্রত্যঙ্গের ন্যায়, কর্ণিয়াতেও প্রাদাহিক পরিবর্ত্তন সকল, সমীপবর্ত্তী রক্তবহা-নাড়ীগণ হইতে লিউকোসাইটিস্ (Leucocytes) নামক রক্তমধ্যস্থ একপ্রকার শ্বেত পদার্থ উপনিবেশিত করিয়া, ও উহার কৌষিক আদিম উপাদান সকলকে সত্বর সংখ্যায় বর্দ্ধিত করতঃ, আরম্ভ হইতে থাকে। সামান্যতর স্থলে এই প্রক্রিয়া বাহ্যিক মাত্র বলিয়া প্রতীয়মান হইতে পারে, এবং কেবল ইপিথিলীয়্যাল্ বা উপস্থান স্তর সকলেই সীমাবদ্ধ থাকে। কিন্তু গুরুতর

স্থলে অগ্রবর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরের তলদেশস্থ কর্ণিয়ার প্রকৃত ঝিল্লির কর্পসল্‌স (Corpuscles) বা কোষাণু সকলও সংখ্যায় বর্দ্ধিত (Proliferation) হইতে থাকে। উপস্থান অথবা গভীরতর স্তর সকলের, অথবা এতদুভয়েরই কৌষিক আদিম উপাদান সকলের এবম্বিধ বহুলতা ও তৎসঙ্গেহ অন্তঃকৌষিক উপাদানগত তুল্যরূপ পরিবর্ত্তন সকলই, যে রোগকে আমরা কর্ণিয়া-প্রদাহ শব্দে উল্লেখ করিব, তাহার প্রথমাবস্থাগত অস্বচ্ছতার মূলীভূত কারণ। এই অস্বচ্ছতায় কর্ণিয়ার উপরিভাগ ঘর্ষিত কাচখণ্ডের ন্যায় বাহ্যিক আবিল হয়, অথবা তদ্দ্বারা কর্ণিয়ার গভীর অভ্যন্তর দেশও আবিল হইতে পারে। প্যানস (Pannus) নামক নূতন ঘন ও অস্বচ্ছ পদার্থ যাহা কর্ণিয়ার রক্তবহা-নাড়ী সমাবেশনজনিত আবিলতা মাত্র, তাহা একপ্রকার সংযোজক ঝিল্লির কৌষিক আদিম উপাদান সকলের বর্দ্ধিত অবস্থা ব্যতীত আর কিছুই নহে।

সকল স্থলেই গৌণ কার্য্য দ্বারা রক্তবহা-নাড়ীর উৎপত্তি হইয়া থাকে। উহা প্রধানতঃ চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী রক্তবহা-নাড়ী বিধানের বিস্তার দ্বারা সমুৎপন্ন হয়।

পরিশেষে অন্যান্য স্থানীয় পূযোৎপত্তির ন্যায়, ক্ষুদ্রতর জাতীয় কোষের সত্বর উৎপত্তি, অন্তঃকৌষিক পদার্থের অপকর্ষ ও তরলতা, এবং চতুষ্পার্শ্ববর্ত্তী রক্তবহা-নাড়ী-মণ্ডল হইতে লিউকোসাইটিস্ নামক পদার্থের আগমন প্রযুক্ত, এস্থলেও পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকে। ক্ষত হইলে যদ্রূপ হইয়া থাকে, তদ্রূপ এই সকল কৌষিক পদার্থ উপরিভাগ হইতে নিঃসৃত হইয়া পড়ে, অথবা কর্ণিয়ার স্তর সকলের মধ্যে আবদ্ধ থাকিয়া একটী স্ফোটকাকারে পরিণত হয়।

প্যানস্ বা রক্তবহানাড়ী সমবেশন-জনিত কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা।—যদিও প্যানস্ কেরাটাইটিস্ বা কর্ণিয়া-প্রদাহ কারণে উৎপন্ন হইয়া থাকে, তথাপি এতদুভয়ের প্রভেদ অনায়াসেই স্পষ্টরূপে নির্ণয় করা যাইতে পারে। কারণ, প্রথমোক্ত স্থলে কর্ণিয়া সচরাচর সমভাবে আবিল হয়; দেখিলে ঠিক বোধ হয় যে, উহা কোন সূক্ষ্ম পাত বা বস্ত্র দ্বারা আবৃত রহিয়াছে। রক্তবহানাড়ীর বৃহৎ২ শাখা তন্তীমতী ও পরস্পর অসংলগ্না হইয়া উহার উপর ধাবিত হয়, এবং কেবল স্ক্লেরোটিক ও কনজংটাইভা অল্প পরিমাণে রক্ত সংঘাতিত হইয়া পড়ে। কিন্তু কেরাটাইটিস্ রোগ হইলে, কর্ণিয়া স্বকীয় ঝিল্লীগত পরিবর্ত্তন সকল

দ্বারা স্পষ্টরূপে আংশিক অস্বচ্ছ হইয়া, ঘর্ষিত কাচখণ্ডের আকৃতি ধারণ করে। কর্ণিয়ার পরিধি অল্প বা অধিক দূর পর্য্যন্ত অতি সূক্ষ্ম২ রক্ত-বহানাড়ীর চক্র দ্বারা বেষ্টিত হয়, এবং এই নাড়ীচক্র প্রান্তভাগ হইতে কেন্দ্রাভিমুখে অত্যল্প দূর পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া থাকে। পীড়ার প্রকুপিতাবস্থায় স্ক্লারোটিক জোন্ অব্ ভেসেল্‌স্‌ও বিলক্ষণ দৃষ্টিগোচর হয়, এবং কন্‌জংটাইভা অল্প বা অধিক পরিমাণে রক্ত-সংঘাতিত হইয়া পড়ে।

কেরাটাইটিস্ রোগের কোন কোন স্থলে, তন্বীমতী বৃহৎ বৃহৎ রক্তবহা-নাড়ী কর্ণিয়ার উপরিভাগে প্রধাবিত হয়। কিন্তু তত্তৎস্থলে, সচরাচর কন্‌জংটাইভা হইতে প্রদাহ আসিয়া ক্রতপদে বিস্তৃত হইতে থাকে। রোগী চক্ষুতে অপরিমিত যন্ত্রণা ও সিলিয়ারি নিউরোসিস্ অনুভব করে; এবং কর্ণিয়া সমভাবে আবিল হইয়া পড়ে। রোগ যতই পুরাতন হইতে থাকে, তৎসঙ্গে২ যন্ত্রণারও ততই লাঘব হইতে থাকে, এবং স্ক্লারোটিক ও কন্‌জংটাইভার রক্তসংঘাত অদৃশ্য হইয়া যায়; কিন্তু কর্ণিয়া অস্বচ্ছ ও রক্তবহা-নাড়ী-সমাবিষ্ট থাকে। বাস্তবিক এই সময়ে প্যানস্ অবশিষ্ট থাকে এরূপ বলিতে পারা যায়।

কর্ণিয়া ক্ষতবিশিষ্ট হইয়াও প্যানস্ আনয়ন করিতে পারে। ক্ষতোপশম কালে কর্ণিয়ার পরিধি ভাগের এক বা তদধিক বিন্দু হইতে একটী রক্তবহা-নাড়ীদল আবির্ভূত হইয়া ক্ষতাভিমুখে প্রধাবিত হইতে দেখা গিয়া থাকে। আর যদি উহা কিছুকাল পর্য্যন্ত স্থায়ীভাবে উত্তেজিত থাকে, বিশেষতঃ যদি উত্তেজিত স্থানের উক্ত অংশ পূর্ব্বজ ক্ষত-রোগ দ্বারা উচ্চাবচ এবং উত্তেজনাপ্রদ হয়, তবে রক্তবহা-নাড়ী সমা-বেশাবস্থা স্থায়ী থাকিতে পারে।

কিন্তু কর্ণিয়া-সম্বন্ধীয় ঝিল্লীর প্রদাহ এবং ক্ষতরোগ এই প্যানস্ রোগের আনুষঙ্গিক কারণ নহে। পুরাতন গ্র্যানিউলার কন্‌জংটিভাই-টিস্ রোগে কর্ণিয়ায় রক্তবহা-নাড়ী-জনিত অস্বচ্ছতা প্রায়ই ঘটিয়া থাকে। কারণ উক্ত রোগে অক্ষিপুটীয় ঝিল্লী শুষ্ক ক্ষত-কলঙ্ক দ্বারা উচ্চাবচ হইয়া উন্মীলন ও নিমীলন কালীন কর্ণিয়াকে ঘর্ষিত করতঃ সতত উত্তেজনা প্রদান করে। এই সকল অবস্থায় কর্ণিয়ার বাহ্য স্তর সকল অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে; এবং বৃহৎ২ রক্তবহা-নাড়ী তন্বীমতী পঙক্তিতে ক্রমশঃ কর্ণিয়ার উপরিভাগে সমুপস্থিত হয়। এই নিমিত্তই স্থল-বিশেষে উক্ত রক্তবহা-নাড়ী সমাবেশনের বেধেরও তারতম্য দৃষ্ট হইয়া

থাকে। কোনং স্থলে উহা এত ঘন বলিয়া বোধ হয় যে, কর্ণিয়ার চতুঃসীমা স্ক্লারোটিক্ হইতে পৃথক্ বলিয়া অনুভব করা অসম্ভব হইয়া উঠে। অপরাপর স্থলে অর্দ্ধ-স্বচ্ছ ও রক্তবহা-নাড়ী সমাবিষ্ট কর্ণিয়ার অভ্যন্তর দিয়া পশ্চাদ্বর্ত্তী আইরিস এবং কনীনিকা অস্পষ্ট দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে।

কখন কখন সপিউরেটিভ্ এবং ডিফ্থারিটিক্ কনজংটিভাইটিসের পরে এই প্যানস্ রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে। শেষোক্ত স্থলে উহা পুটীয় কনজংটাইভায় আবির্ভূত বিনাশক পরিবর্ত্তন সকল দ্বারাই উৎপন্ন হয়। কোন প্রকার মেকানিক্ উত্তেজনা অর্থাৎ ট্রাইকিয়েসিস্ অথবা এনট্রোপিয়ম্ রোগজ পক্ষ্মের বক্রতা প্রভৃতি দ্বারা যদি চক্ষু কিছুকাল পর্য্যন্ত উত্তেজিত থাকে, তাহা হইলেও উপর্য্যুক্ত ফল উৎপাদিত হইতে পারে।

চিকিৎসা।—কর্ণিয়ার রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় অস্বচ্ছতা উপশম করিতে হইলে, যে কারণে উহা উৎপন্ন হইয়াছে, অগ্রে তদনুসন্ধান করা বিধেয়। কারণ, উহা ট্রাইকিয়েসিস্ অথবা এনট্রোপিয়ম্ হইতে উৎপন্ন হইলে, বক্র পক্ষ্মসমষ্টি অথবা পুটপ্রান্তকে নিষ্কাশিত অথবা স্বাভাবিক স্থানে ন্যস্ত রাখিবার চেষ্টা করা বিধেয়, নতুবা আমরা কখনই রোগোপশম করিবার প্রত্যাশা করিতে পারি না। যদি উত্তেজনার কারণ অপনীত করিতে সমর্থ হই, তবে আমরা এরূপ প্রত্যাশা করিতে পারি যে, কর্ণিয়া সত্বর স্বয়ংই সুস্থাবস্থা প্রাপ্ত হইবেক।

গ্র্যানিউলার অথবা ডিফ্থারিটিক্ কনজংটিভাইটিস্ রোগজ এই প্যানস্ রোগের অনেকানেক স্থলে, তত্তৎ রোগজ ক্ষতকলঙ্কিত টিসু সকল অক্ষিপুটদ্বয়কে এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত হ্রস্ব করিয়া তুলে; সুতরাং তাহারা অপরিমিত ও অনিয়মিত রূপে অক্ষিগোলকে চাপ প্রদান করে। এই ঘটনার সঙ্গেং আবার অক্ষিপুটের অভ্যন্তর প্রদেশ উচ্চাবচ হওয়ায়, অক্ষিগোলকের উন্মীলন, নিমীলন ও বিঘূর্ণনাদি গতি সময়ে, তদ্দ্বারা কর্ণিয়া ঘর্ষিত হইয়া থাকে। সকল অবস্থায় প্রথমতঃ অক্ষিপুটদ্বয়ের হ্রাস সংশোধন করা অত্যাবশ্যক। অক্ষিপুটের পীড়া প্রকরণে (১২৩ পৃ) অক্ষিপুটদ্বয়ের বাহ্য সংযোগ স্থল (External commissure) যদ্রূপ বিদারিত করিতে বলা হইয়াছে, তাহাকে তদ্রূপ বিদারিত করিলে, উপরি লিখিত অভিপ্রায় সংসাধিত হইতে পারে। এই প্রক্রিয়া দ্বারা আমরা কেবল পুটীয় অন্তরাল আলম্বিত করিয়া সঙ্কুচিত

অক্ষিপুট দ্বারা কর্ণিয়ার উপর যে চাপ পতিত হয়, তাহা অনপেক্ষভাবে উপশম করিতে পারি এমত নহে; তদ্দ্বারা অর্বিকিউলেরিস্ পেশীর কোন কোন সূত্র বিচ্ছেদিত হওয়ায়, উক্ত পেশীর ক্রিয়াদি ক্ষীণ হইয়া পড়ে; সুতরাং তাহাতে অক্ষিগোলকোপরি অক্ষিপুটের যে চাপ পড়িয়াছিল, তাহাও অপনীত হইতে আরম্ভ হয়। যদি এই সামান্য প্রক্রিয়া দ্বারা আমরা পুটীয় কনজংটাইভাকে পীড়িত কর্ণিয়ার উপর ঘর্ষিত হইতে প্রতিবাধা প্রদান করিতে পারি, তবে অন্য কোন প্রকার চিকিৎসা না করিলেও বোধ হয় এই প্যানস্ রোগ অনেকাংশে উপশমিত হইতে পারে। যাহা হউক যতদিন পর্য্যন্ত কর্ণিয়ার আবিলতা বিনাশিত না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত প্রত্যহ প্রাতঃকালে ট্যানিন্ কর্ণিয়ার উপরিভাগে যথেষ্ট পরিমাণে ধূলিবৎ প্রদান করিলে, উক্ত অভিপ্রেত বিষয় সত্বর সম্পাদিত হইতে পারে। কর্ণিয়ার আবিলতা বিনাশিত হইলে, উক্ত ঔষধ তিন অথবা চারি দিন অন্তর ব্যবহার করিতে হয়।

যাহা হউক, এইরূপ চিকিৎসায় কোন প্রকার উপকার না দর্শিলে, অথবা অক্ষিপুটদ্বয়ের সঙ্কোচন ব্যতিরেকে অন্য কোন কারণে এই রোগের উৎপত্তি হইলে, পীড়িত চক্ষুতে পূয়জনক প্রদাহ (Purulent inflammation) আনয়ন করিয়া আমরা কর্ণিয়ার উক্ত অবস্থা উপশম করিবার অনেক প্রত্যাশা করিতে পারি। কর্ণিয়া যতই রক্তবহা-নাড়ী-সমাবিষ্ট হয়, সপিউরেটিভ প্রদাহে ক্ষত উৎপন্ন হইবার ভয়েরও তত লাঘব হইয়া থাকে।

এই প্রকার চিকিৎসা প্রণালীর অনুবর্ত্তী হইবার পূর্ব্বেই রোগীর শারীরিক সুস্থতার প্রতি বিশেষ দৃষ্টি রাখিতে হয়, কারণ যদি রোগী ক্ষীণ ও দুর্ব্বল থাকে, তবে কর্ণিয়া বিগলিত হইতে পারে।

পীড়িত চক্ষুতে পিউরিউলেন্ট অর্থাৎ পূয়জনক প্রদাহ উত্তেজিত করিতে প্রায় কোন প্রকার কষ্ট নাই। কিন্তু কোন কোন স্থলে, অধিক দিন স্থায়ী গ্র্যানিউলার কনজংটিভাইটিস্ রোগের পর কনজংটাইভার প্রকৃতি এত পরিবর্ত্তিত হয় যে, আমি কতিপয় স্থলে পূয়জনক প্রদাহ আনয়ন করিবার নিমিত্ত চক্ষুতে অনেকবার পূয় প্রদান করিতে বাধ্য হইয়াছিলাম।

চক্ষুতে যে পূয় প্রদান করিতে হয়, তাহা পিউরিউলেন্ট কনজংটিভাইটিস্ রোগাক্রান্ত অন্য কোন ব্যক্তির চক্ষু হইতে গ্রহণ করা উচিত। অথবা তৎপরিবর্ত্তে মেহবীজ (Gonorrhœal matter) ব্যবহার করিতে

পারা যায়। নিম্নাক্ষিপুট উল্টাইয়া ও তাহাতে উক্ত পূয় বা পূয়বীজ প্রদান করিয়া একখানি ল্যান্সেটের অগ্রভাগ দ্বারা তথায় কন্‌জংটাই-ভার উপরিভাগে কতকগুলি সামান্য বিদ্ধ করিয়া দিতে হয়; ইহাতে উক্ত বীজ নিশ্চয়ই তন্মধ্যে অবসৃত হইয়া যায়। ছত্রিশ ঘন্টার মধ্যেই প্রদাহ ও উত্তেজনার লক্ষণ সকল অভ্যুদিত হইয়া চক্ষু হইতে ক্লেদ ক্ষরিত হইতে থাকে।

যত দিন পর্য্যন্ত কর্ণিয়ায় কোন প্রকার ক্ষত দৃষ্ট না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত আমরা প্রদাহ ক্রিয়াকে স্বেচ্ছাগামিনী হইতে দিতে পারি। কিন্তু অত্যন্ত সাবধান হইয়া তাবৎকাল চক্ষুকে পরিষ্কৃতভাবে রাখা সর্ব্বতো-ভাবে বিধেয়। পীড়ার উন্নতি সময়ে যদি কর্ণিয়ায় ক্ষত উপস্থিত হয়, তবে যেস্থলে এই পীড়া স্বভাবতঃ স্বয়ং উৎপন্ন হইয়া থাকে, তথায় যে প্রকার ডায়েলিউট্ কষ্টিক্ পেন্সিল্ ব্যবহার করিতে হয়, এস্থলেও ঠিক সেই প্রকার চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করা উচিত *। দীর্ঘকাল স্থায়ী রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতায় প্রদাহক্রিয়া কি প্রকার ফলোপধায়ক হয়, তাহা সযত্নে প্রতীক্ষা করিলে অনেক উপকার দর্শিতে পারে। পূয়োৎপাদক কার্য্য অপনীত হইলেই কর্ণিয়ার রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় অস্বচ্ছতাও হ্রাস হইয়া পড়ে, এবং পরিশেষে রোগী কিয়ৎ পরিমাণে পুনর্দৃষ্টি প্রাপ্ত হইতে পারে।

প্রদাহক্রিয়া সম্পূর্ণরূপে অপনীত হইলেই ক্লোরীন্ মিশ্রিত জল প্রত্যহ তিন কিম্বা চারি বার চক্ষুতে ফোটা ফোটা করিয়া প্রদান করিলে অনেক উপকার দর্শিতে পারে। ইহা ক্ষীণোত্তেজক ঔষধের (mild stimulants) ন্যায় কার্য্য করে, এবং এইরূপ পীড়ায় ইহাই ব্যবহার্য্য ঔষধ।

এম্ ওয়েকার সাহেব বলেন যে, প্যানস্ রোগ হইলে চক্ষুতে প্রাতঃ সন্ধ্যা দুই বার দুই ঘন্টা পর্য্যন্ত উত্তপ্ত কম্প্রেস প্রদান করা বিধেয়। তাঁহার মতে এইরূপে যে প্রদাহ সমাবিষ্ট হয়, তদ্দ্বারা সচরাচর উক্ত প্যানস্ রোগ বিলক্ষণ বিনাশিত হইতে পারে। আমরা পূয়জনক বীজোৎসাহিত প্রদাহ অপেক্ষা এই প্রকারে উত্তেজিত প্রদাহ-ক্রিয়া অনায়াসেই দমন করিতে পারি, কিন্তু যখন রোগী শারীরিক বিলক্ষণ সুস্থ থাকে এবং কর্ণিয়ায় অনেক গুলি রক্তবহা-নাড়ী

* *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. iv p 29. Report by Dr. C. Bader on Cases of Granular Conjunctivitis treated by Inoculation of Pus.

দৃষ্ট হয়, তখন পূর্ব্বোক্ত উপায় অবলম্বন করাই বিধেয়। আর রোগী যখন ক্ষীণ ও পীড়িত থাকে এবং যখন এই প্যানস্ রোগ অধিক রক্ত-বহা-নাড়ী সমাবিষ্ট না হয়, তখন উত্তপ্ত কম্প্রেস, কিম্বা প্রত্যেক দ্বিতীয় দিবসে কনজংটাইভার উপবিভাগে নির্ম্মল সল্‌ফেট অব্ কপার সংস্রক্ষণ করা পরামর্শ সিদ্ধ হইতে পারে। কারণ, এইরূপ করিলে ক্ষীণ ও দমনীয় পূয় উত্তেজিত হইয়া থাকে। এইরূপ অবস্থায় ক্লোরীন্ মিশ্রিত জলও ব্যবহার করা যাইতে পারে। ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব কোন কোন দীর্ঘকালস্থায়ী দুরারোগ্য স্থলে উহা ব্যবহার করিয়া অনেক উপশম ও উপকার অবলোকন করিয়াছেন। তিনি যে লোশন্ ব্যবহার করিয়া থাকেন, তাহা সাধারণ লাইকর ক্লোরাই বি. পি; উহা চক্ষুতে প্রত্যহ তিন কিম্বা চারি বার করিয়া ফোটা ফোটা প্রদান করিতে হয়। তিনি উপকার প্রত্যাশা করিয়া অনেক রোগীর কর্ণিয়ার উপরিভাগে প্রত্যহ চূর্ণ সল্‌ফেট অব্ সোডা চূর্ণবৎ প্রদান করিয়াছিলেন, কিন্তু তাহাতে কোন উপকার হইতে অবলোকন করেন নাই। অপিচ, এদিকে ট্যানিন্ ব্যবহার করিয়া তিনি অনেক স্থলে কৃতকার্য্য হইয়াছেন।

রক্তবহা-নাড়ী সম্বন্ধীয় কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা উপশনার্থে আর এক প্রকার উপায় অবলম্বিত হইয়া থাকে। সেই উপায়ে কর্ণিয়ার চতুস্পার্শ্ব হইতে কনজংটাইভা এবং অধীন কনজংটাইভার এক দল ঝিল্লী (tissue) প্রস্থে প্রায় $\frac{1}{5}$ ইঞ্চি পরিমাণে ছেদিত করিয়া লইতে হয়। ইহাতে কর্ণিয়ার উপরিভাগে আগত রক্তবহা-নাড়ী সকলের সহিত কনজংটাইভার রক্তবহা-নাড়ীগণের সংস্রব বিনাশিত হইয়া যায় *। কিন্তু আমাদের কেবল এই উপায়ের আশ্রয় গ্রহণ করা উচিত নহে। কারণ যখন উক্ত উপায় অবলম্বন করিবার সঙ্গে সঙ্গে চক্ষুতে ক্লেদময় বীজ সংস্পৃষ্ট করিয়া দেওয়া যায়, কেবল তখনই উক্ত উপায়ের আবশ্যকতা উপলব্ধি হইয়া থাকে। অন্যত্র কেবল উক্ত উপায় দ্বারা প্যানস্ রোগ উপশমিত হইতে কখন দেখা যায় না।

প্রাচীন কালে, উল্লিখিত প্রকারে কনজংটাইভাকে ছেদিত করিয়া, সেই ছিন্ন ক্ষতোপরি নাইট্রেট অব্ সিল্‌ভার সংলিপ্ত করিয়া দেওয়া হইত। কিন্তু সাধারণতঃ এই উপায়ে কোন ফল দর্শিত না; এবং পরিণামে, অধুনা যেরূপ ক্লেদময় বীজ সংস্পৃষ্ট করিয়া উপকার লাভ

* *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. iv. p. 23, Bader On Syndectomy.

করা যায়, তাহার সহিত উক্ত প্রণালী-লব্ধ উপকার কোন অংশেই উপস্থিত হইতে পারে না *।

অতএব সংক্ষেপে বলিতে গেলে, সাধারণতঃ বলবান এবং শারীরিক সুস্থ ব্যক্তিরা যদি এই প্যানস্ রোগাক্রান্ত হয়, তবে অক্ষিপুটের সঙ্কোচন, ট্রাইকিয়েসিস্ অথবা এন্‌ট্রোপিয়ম প্রভৃতি মেকানিক্যাল্ উত্তেজনার কারণ সকল অপনীত করিয়া উপকার লাভ না হইলে, পীড়িত চক্ষুতে ক্লেদময় বীজ সংস্পৃষ্ট করিয়া দেওয়া উচিত। কিন্তু যখন রোগী দুর্ব্বল থাকে, বা যখন এই প্যানস্ রোগ অধিকতর রক্তবহা-নাড়ী সমাবিষ্ট হয় না, তখন ক্লেদবীজ সংস্পৃষ্ট না করিয়া, প্রত্যহ প্রাতঃ সন্ধ্যা দুই বার ক্রমাগত দুই ঘন্টাকাল চক্ষুতে উত্তপ্ত কম্প্রেস সংলিপ্ত করা বিধেয় হইয়া থাকে, অথবা যত দিন পর্য্যন্ত না পূয়োৎপাদক প্রদাহ পর্য্যুত্তেজিত হয়, তত দিন পর্য্যন্ত কন্‌জংটাইভার উপরিভাগে সল্‌ফেট অব্ কপার সংস্পৃষ্ট করিয়া দেওয়া যাইতে পারে। তৎপরে অন্য কোন প্রকার চিকিৎসা অবলম্বন না করিয়া, পীড়ার গতিতে কর্ণিয়ার জীবনীশক্তি যাহাতে বিনাশিত না হয়, এরূপ সাবধান হইতে হয়।

কেরাটাইটিস্, ডিফিউজ্ কর্ণিয়াইটিস্, অথবা কর্ণিয়া-প্রদাহ Keratitis, Diffuse Corneitis, or Inflammation of the Cornea।—যদিও কেরাটাইটিস রোগ কখন কখন কর্ণিয়া-প্রদাহ বা ডিফিউজ কর্ণিয়াইটিস শব্দে অভিহিত হইয়া থাকে, তথাপি উহারা কখনই একবিধ রোগ বলিয়া সম্যক নির্দ্দিষ্ট হইতে পারে না। বোধ হয়, ঝিল্লীগত কৌষিক উপাদান সকলের প্রাথমিক বিশৃঙ্খলা বা অপ্রয়োজ্যতা প্রযুক্ত, অথবা শোণিত হইতে যে পরিপোষণোপকরণ আইসে, তাহার কোন দোষ বা অভাব ঘটিলে, উহার উৎপত্তি হয়। সে যাহা হউক, এই কেরাটাইটিস্ রোগে কর্ণিয়ার ভৌতিক নির্ম্মাণসকলে অণু এবং মেদ সম্বন্ধীয় অপকর্ষ ঘটিয়া, উহার স্বচ্ছ নির্ম্মাণ অর্দ্ধাস্বচ্ছ পদার্থে আংশিক পরিবর্ত্তিত বা পরিণত হইয়া পড়ে। এই অধ্যায়ের প্রারম্ভ ভাগেই উপক্রমণিকা মন্তব্যে ঐ সকল পরিবর্ত্তনের প্রকৃতি নির্দ্দেশিত

---

* *Ophthalmic Hospital Reports*, vol iv p. 65 Case of Vascular Cornea and Granular Lids, by Mr. G. Lawson One eye treated by inoculation, and the other by peritomy.

হইয়াছে। সাধারণতঃ এই কেরাটাইটিস রোগ যুগপৎ অথবা পর্য্যায়-ক্রমে দুই চক্ষুকেই আক্রমণ করিয়া থাকে।

লক্ষণ।—এই রোগের প্রাকৃতিক লক্ষণ সংক্ষেপে বর্ণিত হইতেছে। সমস্ত কর্ণিয়া অথবা উহার কিয়দংশ অস্বচ্ছ আকার ধারণ করে; অবশিষ্ট অংশ স্বাভাবিক স্বচ্ছ থাকে। যে কোন অবস্থাতে হউক না, এই পীড়া সচরাচর কর্ণিয়ার একাংশ হইতে অপরাংশে অধিকতর বর্দ্ধিত হইয়া পড়ে। সচরাচর কর্ণিয়ার পরিধিভাগেই এই রোগের আরম্ভ হয়, পরে তথা হইতে উহা অভ্যন্তরদিকে প্রসারিত হইতে থাকে। উহা যখন অভ্যন্তরদিকে গমন করিতে থাকে, তখন প্রথমাক্রান্ত পরিধিভাগ পুনরায় স্বচ্ছ হইতে আরম্ভ হয়। কেবল কর্ণিয়ার পীড়িত অংশ অস্বচ্ছ হয় এমত নহে, উহার উপরিভাগের মসৃণতা বিনাশিত হইয়া ঘর্ষিত কাচখণ্ডের আকৃতি ধারণ করে। পার্শ্ব হইতে আলোকরশ্মি আনিয়া চক্ষুকে আলোকিত করিবার যে প্রণালী উক্ত হইয়াছে, তদ্দ্বারা কর্ণিয়ার অগ্রবর্ত্তী স্তরের এই উচ্চাবচ অবস্থা সুস্পষ্ট অনুভূত হইয়া থাকে। বাস্তবিক উক্ত প্রণালী অবলম্বন না করিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিলে, এই বিষয় সচরাচর জ্ঞানগোচর হয় না। এই সকল নৈর্ম্মাণিক পরিবর্ত্তন ক্রমে, রেটিনায় আলোক পাতিত হইতে প্রতিবাধা প্রাপ্ত হওয়ায়, রোগী সত্বরেই অল্প বা অধিক পরিমাণে অন্ধ হইয়া পড়ে।

পীড়ার প্রকোপ সময়ে কর্ণিয়ার সমুদয় অথবা প্রায়ই কিয়দংশ পরিধিভাগ, আইরাইটিস্ বা আইরিস-প্রদাহ রোগে যদ্রূপ দৃষ্ট হইয়া থাকে তদ্রূপ, এক দল স্ক্লেরোটিকের রক্ত সংঘাতিত নাড়ীচক্র দ্বারা বেষ্টিত হইয়া পড়ে। কেরাটাইটিস্ রোগের অধিকাংশ স্থলে, উক্ত স্ক্লেরোটিক জোনের সঙ্গে২ অসংখ্য ক্ষুদ্র২ রক্তবহা-নাড়ী কর্ণিয়ার ঊর্দ্ধ ও নিম্নাংশের পরিধিভাগে অর্দ্ধবৃত্তাকারে অথবা বৃত্তাকারে সমুদয় কর্ণিয়া বেষ্টন করিয়া দৃষ্ট হইয়া থাকে। ঐ সকল ক্ষুদ্র২ রক্তবহা-নাড়ী কর্ণিয়ার প্রান্তভাগ হইতে অভ্যন্তরদিকে কেন্দ্রাভিমুখে প্রায় $\frac{1}{8}$ ইঞ্চি পরিমিত স্থান পর্য্যন্ত গমন করে। কোন কাচখণ্ডের সাহায্য ব্যতিরেকে সাধারণ চক্ষুতে ঐ সকল রক্তবহা-নাড়ী পরস্পর প্রভিন্ন বলিয়া নির্ণীত হইতে পারে না। কেবল উক্ত অংশ একটী সঙ্কীর্ণ লোহিতবর্ণ রেখা অথবা শোণিত দ্বারা রঞ্জিত বলিয়া বোধ হয় *।

---

* "Diseases of the Eye," by Dixon, 3rd edition, p. 88.

অত্যাল্প সংখ্যক স্থলে এই রক্তবহা-নাড়ী-জাল অভ্যন্তরদিকে অধিক দূর পর্য্যন্ত কর্ণিয়ার কেন্দ্রাভিমুখে গমন করে। এবম্বিধ স্থলে, রোগী সচরাচর আলোকাতিশয্য এবং অক্ষিকোটরের সুপ্রা-অর্বিট্যাল্ প্রদেশে যাতনা অনুভব করে।

কেরাটাইটিস্ রোগের আধিক্য এবং বৃদ্ধি অনুসারে কর্ণিয়া ও স্ক্লারোটিকে রক্তবহা-নাড়ী-সমাবেশনেরও তারতম্য ঘটিয়া থাকে। নাতিপ্রবল এবং পুরাতন স্থল সকলে, এই সকল লক্ষণের একবারেই অভাব হয়, কিন্তু তত্রাপি কর্ণিয়া ঘর্ষিত কাচখণ্ডের ন্যায় কেরাটাইটিস্ রোগের বিশেষবিধ আকৃতি ধারণ করে। বংশানুগ উপদংশ-সম্ভূত কেরাটাইটিস্ রোগে, কর্ণিয়ার এই অবস্থা বিশেষরূপ অনুভূত হইয়া থাকে। এই রোগের অধিক প্রবলতর স্থলে, আক্ষিক কনজং-টাইভায় রক্তসংঘাত হইতে দেখা যায়।

রোগী অশ্রুবিগলন এবং স্বল্প আলোকাতিশয্যের বিষয় অভিযোগ করিতে পারে; এবং আবিল দৃষ্টির পক্ষে সতত চিন্তিত থাকে। অধিকন্তু ঐ আবিলতা কর্ণিয়ার কেন্দ্রস্থলে আসিয়া উপনীত হইলে, তাহার মানসিক কষ্টের আর পরিসীমা থাকে না। ইহাও অত্যা আশ্চর্য্যের বিষয় যে, ঠিক দৃষ্টিমেরু স্থলে কর্ণিয়া কিঞ্চিৎ আবিল হইলে, তাহা ব্যবহারোপযোগী দৃষ্টির সম্পূর্ণ প্রতিবাধা প্রদান করিয়া থাকে, এবং যত দিন পর্য্যন্ত এই আবিলতা বর্ত্তমান থাকে, ততদিন পর্য্যন্ত রোগী স্বভাবতঃ তদ্বিষয়ে বৃথা শঙ্কিত হইয়া থাকে।

অপিচ, যতদিন পর্য্যন্ত কর্ণিয়ার ইপিথিলীয়্যাল্ লেয়ার বা উপস্থা-স্তর অল্প পরিমাণে পীড়িত থাকে, ততদিন পর্য্যন্ত আলোকাতিশয্য এবং অশ্রুবিগলন এই কেরাটাইটিস্ রোগের প্রধান লক্ষণ নহে। যদি ঐ সকল কোষ সম্পূর্ণরূপে বিনাশিত হয় এবং স্নায়ু সকলের পেরিফিরাল্ বিভাগ অনাবৃত হইয়া পড়ে, তবে রোগী যে কেবল ফটোফোবিয়া (Photophobia) অর্থাৎ আলোকভীতিতে অভিভূত হয়েন এমত নহে, তিনি চক্ষুর যন্ত্রণা এবং সিলিয়ারি নিউরোসিস্ বিষয়েও অভিযোগ করেন। যাহা হউক, এইরূপ স্থল সকল নিয়মের বিপর্য্যয় মাত্র। সাধারণতঃ কেরাটাইটিস্ রোগে অধিকতর যাতনা বা আলোকাতিশয্য ভোগ করিতে হয় না। কিন্তু কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা প্রযুক্ত দৃষ্টির আবিলতা ঘটিয়া থাকে।

এই কেরাটাইটিস্ রোগ স্বভাবতঃ স্বয়ংই আরোগ্যমুখে থাকিয়া

হয়। কিন্তু সম্পূর্ণ আরোগ্য হইতে অধিক দিন, এমত কি কতিপয় মাস পর্য্যন্তও অতীত হয়। প্রথমতঃ এক চক্ষুতে পীড়া হয় এবং তাহা আরোগ্য হইতে না হইতেই অপর চক্ষু আবার পীড়িত হইয়া পড়ে। চিকিৎসা করিবার অগ্রে রোগীকে এতদ্বিষয় জ্ঞাত করা চিকিৎসকের অত্যন্ত কর্ত্তব্য। এই কেরাটাইটিস্ রোগে অযত্ন ও তাচ্ছীল্য প্রকাশ করিলে, আইরিস্ও পীড়িত হইতে পারে, এবং যতদিন পর্য্যন্ত কর্ণিয়া পরিষ্কৃত না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত এই বিপদের বিষয় কিছুই অগত হইতে পারা যায় না। যদি কোন বাহ্যিক কেরাটাইটিস্ রোগের আক্রমণ সময়ে, রোগী সিলিয়ারি নিউরেল্‌জিয়া, সিলিয়ারি প্রদেশের উপর প্রতিচাপ দিলে যাতনা এবং ফটোফোবিয়া বা আলোক-ভীতি ইত্যাদির বিষয় সমধিক অভিযোগ করে, তবে আমরা উক্ত প্রকার বিপদের বিষয় সন্দেহ করিতে পারি ; অথবা পীড়া কোরইড্ পর্য্যন্ত ধাবিত হইয়াছে এরূপ অনুমানও করিতে পারা যায়। এই রূপ অবস্থায় রোগের ভাবিফল কখনই শুভদায়ক বলিয়া নির্দ্দিষ্ট হইতে পারে না। অন্যান্য রোগের সহিত জটিল না হইলে, অধিকাংশ স্থলে, এবম্বিধ কেরাটাইটিস রোগ উত্তমরূপে আরোগ্য হইয়া যায়।

বৃদ্ধ, যুবা, ধনী বা নির্ধন সকল ব্যক্তিকেই এই রোগ হইতে দেখা যাইতে পারে। কিন্তু অধিকাংশ স্থলে শিশু এবং পীড়িত সন্তানদিগেরই এই রোগ হইয়া থাকে। যে সকল স্থল কেবল বংশানুগ উপদংশ পীড়া কারণে উৎপন্ন হইয়া থাকে, তাহা আমি ইতিপরেই বিশেষ করিয়া উল্লেখ করিব। যাহা হউক, কোন বিশেষ কারণ ব্যতীতও এই কেরাটাইটিস রোগ স্বয়ং আবির্ভূত হইতে পারে, এবং উহার উৎপত্তির কোন নিশ্চিত কারণ নির্দ্দেশ করাও সহজ নহে। কখনং কোন বাহ্য পদার্থ পতিত হইয়া কর্ণিয়ায় উত্তেজনা প্রদান করিলে, অথবা তথায় ক্ষত হইলে, এই রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে।

চিকিৎসা।—এই কেরাটাইটিস রোগ স্বয়ংই আরোগ্যমুখে ধাবিত হইয়া থাকে, এই বিষয় স্মরণ রাখিয়া উহা আরোগ্য করিতে যথেষ্ট ভাবিত হওয়া কোন মতেই বিধেয় নহে। যে স্থলে এই কেরাটাইটিস্ রোগে অন্য কোন রোগের সংস্রব নাই, তথায় কেবল এই নিয়ম খাটে ; কিন্তু যেখানে কর্ণিয়া ব্যতীত অপরাপর নির্ম্মাণও পীড়িত হইয়া পড়ে, তথায় আইরাইটিস, আইরো-কোরইডাইটিস্ প্রভৃতি রোগ

বর্ণনায় যেরূপ চিকিৎসা-প্রণালী উল্লিখিত হইয়াছে, তদনুসারে চিকিৎসা করিতে হয়।

কপোলোর্দ্ধদেশে একটী ক্ষুদ্র ক্ষত (issue) করিয়া, প্রত্যুত্তেজনা (Counter-irritation *) প্রদান অথবা তথায় পর্য্যায়ক্রমে ব্লিষ্টার সংলগ্ন করিলে, নিঃসন্দেহই এই কেরাটাইটিস্ রোগ সত্বর উপশমিত হইতে পারে। আমরা চক্ষুর এমত কোন পীড়া অবগত নহি, যাহাতে প্রত্যুত্তেজনা দ্বারা এতাদৃক্ উপকার দর্শে, অতএব উহা এস্থলে আমাদের চিকিৎসার মধ্যে অবশ্যই সন্নিবেশিত হইবেক।

কনীনিকা প্রসারিত রাখিবার নিমিত্ত, পীড়িত চক্ষুতে ক্ষীণ-বল য়্যাট্রোপীন্ সলিউশন ফোটা২ ব্যবহার করা উত্তম উপায় বলিয়া গণ্য হইয়া থাকে। এই উপায় দ্বারা এতদ্রূপ রোগের চিকিৎসা-বিষয়ক দুইটী অভিপ্রেত বিষয় সিদ্ধ হইয়া থাকে, অর্থাৎ উহা দ্বারা য়্যাকিউয়স্ নিঃসরণের লাঘবতা হয় এবং আইরিস্ও বহিঃসৃত হইয়া আসিতে পারে না। এই অভিপ্রায় প্রতিপোষণের নিমিত্তই আমি প্রায়ই আমার রোগীদিগকে দিবাভাগে অক্ষিপুটের উপবিভাগে সতত প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিয়া রাখিতে বলি এবং রাত্রিকালে তাহা অপনীত করিতে অনুমতি দিয়া থাকি। এইরূপ স্থলে স্থানীয় অপর কোন চিকিৎসার প্রয়োজন নাই।

রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্যের প্রতি দৃষ্টি রাখা নিতান্ত প্রয়োজনীয়। টনিক্স্ অর্থাৎ বলকর ঔষধ, উত্তম ও উপকারক খাদ্য, বিশুদ্ধ বায়ু, ব্যায়াম এবং ষ্টিমুল্যান্ট্স্ বা উত্তেজক ঔষধ দ্বারা স্বাস্থ্য আনীত হইতে পারে। এই কেরাটাইটিস্ রোগে জলোকা এবং প্রদাহ-নিবারণোপযোগী ঔষধাদি কোন ক্রমেই ব্যবহার্য্য হইতে পারে না।

কোন বাহ্য-পদার্থ চক্ষুতে প্রবিষ্ট হইয়া এই রোগ জন্মিলে, উক্ত উত্তেজক বাহ্য-পদার্থকে তৎক্ষণাৎ বহিস্কৃত করা বিধেয়। যদি উক্ত আঘাতের পরক্ষণেই চক্ষুতে অত্যন্ত উত্তেজনা এবং যাতনা উপস্থিত হয়, তবে তথায় শীতল জলের পটী সতত সংলগ্ন এবং তিন কিম্বা চারি বার পূর্ণ মাত্রায় অহিফেন সেবন করিলে, উক্ত উত্তেজনা নিবারিত হইতে পারে।

---

* কেহ২ এই শব্দকে প্রত্যুগ্রতাসাধন শব্দে ভাষান্তরীকৃত করিয়াছেন।

উপদংশ-সম্ভূত কেরাটাইটিস্, নন্-ভ্যাস্কুলার ডিফিউজ কর্ণিয়াইটিস্। (SYPHILITIC KERATITIS, NON-VASCULAR DIFFUSE CORNEITIS)।—বংশানুগ উপদংশসম্ভূত কেরাটাইটিস্ রোগের বিষয় যৎকিঞ্চিৎ বর্ণিত হইতেছে। মিষ্টার হচিন্সন্ সাহেব চক্ষুর এই রোগ এবং তথায় উপদংশ-সম্ভূত অপর যে যে রোগ ঘটিতে পারে, তাহার সম্পূর্ণ আবিষ্কার করিয়াছেন। পীড়িত ব্যক্তির দেহ ও রোগ-পরীক্ষোপযোগী নানাবিধ যন্ত্র এবং পদার্থ সংগ্রহ করিয়া তিনি এরূপ প্রদর্শিত করিয়াছেন যে, যে সকল রোগ পূর্ব্বে "ষ্ট্রুমস্" (Strumous) এবং ইন্টারষ্টিশিয়াল্ (Interstitial) কর্ণিয়াইটিস্ রোগ বলিয়া বিবেচিত হইত, তাহার অধিকাংশ রোগ উপদংশ পীড়াসম্ভূত*। নিম্নলিখিত দৃষ্টান্ত এই রোগের উৎপত্তির ও বৃদ্ধির উত্তম উদাহরণ বলিয়া লিখিত হইতেছে।

২রা সেপ্টেম্বর তারিখে যোগেন্দ্রনাথ দে নামক ষোড়শ বর্ষবয়স্ক এক যুবক, এই কেরাটাইটিস্ রোগাক্রান্ত হইয়া তাহার পিতার সমভিব্যাহারে অক্ষিচিকিৎসালয়ে আনীত হইয়াছিল। তাহার পিতা বলিলেন, তাঁহার পাঁচটী পুত্র। সপ্তদশ বর্ষ পূর্ব্বে জ্যেষ্ঠ পুত্রের জন্ম হইলে পর, তাঁহার উপদংশ পীড়া হইয়াছিল। সুতরাং এই সময়ে তাঁহার শ্যাঙ্কার (Chancre) অর্থাৎ প্রাথমিক উপদংশ ক্ষত যথাস্থানে হইয়াছিল, তদ্বিষয়ে আর কোন সন্দেহই নাই। এই সঙ্গে২ নিঃসন্দেহ উরুসন্ধিস্থান অর্থাৎ কুচ্‌কির (Groins) গ্রন্থি সকল বৃহৎ (বাগী) এবং গৌণ লক্ষণ সকলও প্রকাশিত হইয়াছিল। এক বৎসর পরে যোগেন্দ্রের জন্ম হয়; সুতরাং যোগেন্দ্র তৎসময়ে তাহার পিতা যে উপদংশ রোগ ভোগ করিতেছিলেন, তাহারও অধিকারী হইয়াছিল। এই সময়ে তাহার জ্যেষ্ঠ ভ্রাতাকেও পরীক্ষা করিবার উত্তম সুযোগ পাওয়ায়, দেখা গিয়াছিল যে, তাহার উপদংশ রোগের কোন চিহ্নই নাই। কিন্তু দ্বিতীয় পুত্র যোগেন্দ্র এবং তাহার কনিষ্ঠ অপর দুই ভ্রাতার সম্মুখ দন্ত গুলিতে উপদংশ পীড়ার বিদ্যমানতা বিষয়ে সম্পূর্ণ প্রমাণ পাওয়া গেল।

যোগেন্দ্র অত্যন্ত বর্দ্ধিষ্ণু এবং বুদ্ধিমান বালক। সে বলিল, "আমার বিলক্ষণ স্মরণ হইতেছে যে আমি এতাবৎ কাল পর্য্যন্ত অবিশ্রান্ত সুস্থ-

* *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. i pp 191 and 226; and vol. ii. pp. 54 and 258.

শরীরে কালযাপন করিয়া আসিতেছি এবং এক্ষণে আমার যে চক্ষুরোগ হইয়াছে, তাহা এই চিকিৎসালয়ে আসিবার ছয় সপ্তাহ পূর্ব্ব হইতেই আরব্ধ হইয়াছে। প্রথমতঃ আমার বাম চক্ষুতে সম্মুখস্থ পদার্থ সকল আবিলবৎ দৃষ্টিগোচর হইত, পরে দক্ষিণ চক্ষুর দৃষ্টিও ঐ রূপে আবিল হইয়া পড়ে, সুতরাং আমি এক্ষণে এক প্রকার অন্ধ; এবং ক্রমশঃ দৃষ্টির হ্রাসতা ব্যতিরেকে এতাবৎ কালপর্য্যন্ত অন্য কোন অসুবিধা বা যাতনা ভোগ করি নাই"।

ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব দেখিলেন যে, দুই চক্ষুরই অবস্থা প্রায়ই তুল্যরূপ। স্ক্লারোটিক এবং কনজংটাইভা সম্পূর্ণ স্বাভাবিক অবস্থাতে আছে। কিন্তু কর্ণিয়া, কেরাটাইটিস্‌ রোগে ঘর্ষিত কাচখণ্ডের আকৃতি ধারণ করিয়াছে। উহার প্রান্তভাগ রোগলক্ষণ-সূচক রক্তবহা-নাড়ী-চক্র দ্বারা বেষ্টিত ছিল। এই সঙ্গেং, আবিলাংশাপেক্ষা ধবল, ফেনবৎ পরস্পর সংস্পৃষ্ট চিহ্ন সকল কর্ণিয়ার প্রায় সর্ব্বস্থানেই সুস্পষ্ট লক্ষিত হইয়াছিল।

এই বালকের দন্ত পরীক্ষা করিয়া দেখা গেল যে, উপরের সম্মুখস্থ দুইটী দন্ত (Superior incisors) বিস্তৃতভাবে পরস্পর অন্তরিত হইয়া পড়িয়াছে, এবং দেখিতে গদাকার (Club-shaped), হইযাছে। উহাদের পাতলা অগ্রভাগে যে সকল গহ্বর (Notches) লক্ষিত হইল, তাহা মিষ্টার হচিন্‌সন্‌ সাহেব বংশানুগ উপদংশ পীড়ার সাংক্রামিক চিহ্ন বলিয়া নির্দ্দেশ করিয়াছেন। সেই গহ্বর দেখিয়া স্পষ্টই বোধ হইয়াছিল যে, যে রোগ তাহাকে এত দিন আক্রমণ করিয়াছে উপদংশ রোগই তাহার মুখ্য কারণ। এই সকল বিষয় অবগত হইয়া, নিম্নলিখিত মিক্শ্চার (মিশ্রণ) সেবনের নিমিত্ত ব্যবস্থা করা হইয়াছিল।

হাইড্রার্জ বাইক্লোরাইড্‌	১ গ্রেণ
পোট্যাস্‌ আইওডাইড্‌	১ ড্রাম্‌
পরিষ্কৃত জল	৮ ঔন্স

প্রত্যহ আহারান্তে দুই বার করিয়া অর্দ্ধ ঔন্স পরিমিত সেবন করিবেক। প্রতি রাত্রিতে বিশ মিনিট কালপর্য্যন্ত এক ড্রাম্‌ মার্কিউরিয়াল্‌ অয়েন্টমেন্ট্‌ (পারদঘটিত মলম) এবং বেলাডোনা অয়েন্টমেন্ট্‌ ললাটদেশে ও ভ্রূদেশে ঘর্ষিত করিতেও আদেশ করা হইল। কপোলোর্দ্ধদেশে ব্লিষ্টার সংলগ্ন করা হইয়াছিল, এবং পরিশেষে নিয়মিত ব্যায়াম করিতে এবং নানাবিধ ভোজ্যদ্রব্যে উদরপূর্ণ করিয়া আহার করিতে আদিষ্ট হইল।

ঔষধ গুলি সযত্নে ব্যবহৃত হইয়াছিল, এবং পরিশেষে ২০শে সেপ্টেম্বর দিবসে মস্তব্যপুস্তকে দেখিতে পাওয়া গেল যে, এই বালকের বাম চক্ষুর কর্ণিয়া মাসের প্রারম্ভ সময়াপেক্ষা এক্ষণে অল্প অস্বচ্ছ আছে। পারদঘটিত মলম ব্যবহার করা স্থগিত হইল। কিন্তু উক্ত মিক্শ্চার পুনর্ব্যবস্থাপিত হইয়াছিল। ১৫ই অক্টোবর তারিখে চক্ষুর্দ্বয় পূর্ব্বাপেক্ষা অনেক উত্তম বোধ হইল, এবং বাইক্লোরাইড্ অব্ মার্কিরির পরিবর্ত্তে আইওডাইড্ অব্ আইরণ ব্যবহার করিতে ব্যবস্থা প্রদত্ত হইল। এক মাস পরে, দুই চক্ষুরই কর্ণিয়া সম্পূর্ণ স্বচ্ছ হইয়া উঠিল; কেরাটাইটিস্ রোগের কোন চিহ্নই অবশিষ্ট রহিল না।

ইহা আমার উল্লেখ করা বাহুল্যমাত্র যে, যখন পিতামাতা উপদংশ-রোগাক্রান্ত থাকেন, তখন তাঁহাদের ঔরসে ও গর্ভে যে সকল সন্তানসন্ততি হয়, তাহাদেরও উক্ত পৈত্রিক উপদংশ রোগের অধিকারী হইবার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা থাকে। যে সকল স্থলে রোগ নির্ণয় করিতে সন্দেহ উপস্থিত হয়, তথায় পারিবারিক ইতিহাস, পিতামাতা ও সন্তানসন্ততির স্বাস্থ্য, পূর্ব্ববর্ত্তী পীড়ার বিশেষ ব্যাখ্যা এবং রোগীর আকৃতি ও মুখশ্রী, এবং প্রকৃতি ও প্রবৃত্তিজ্ঞাপক মুখচিহ্নাদি (Physiognomy) অবগত হইয়া আমরা রোগনির্ণয় করিতে সমর্থ হইয়া থাকি।

মিষ্টার হচিনসন্ সাহেব, এই সকল অবস্থাজনিত কেরাটাইটিস্ এবং আইরাইটিস্ রোগে রোগীদিগের সম্মুখস্থ দন্তবীথিকার গঠন একরূপ বিশেষবিধ হইতে দেখিয়াছেন যে, তাহা লক্ষ্য করিয়া তিনি পরিশেষে এই সিদ্ধান্ত করিয়াছেন যে, বংশানুগ উপদংশ রোগেই ঐ সকল দন্তের তদ্রূপ অবস্থা ঘটাইয়া দেয়। মধ্যবর্ত্তী সম্মুখদন্তের অগ্রভাগে কতকগুলি কোমল উন্নত স্থান দেখিতে পাওয়া যায়, এবং তৎসমুদয়ই কিছুকাল ব্যবহারের পর ক্ষয়িত হওয়ায়, দন্তের অনাবৃত প্রান্ত ভাগ বক্রাকারে পরিণত হইয়া পড়ে। গহ্বরিত এবং সকোণসূচী অথবা কীলকবৎ সম্মুখীন দন্তই ঔপদাংশিক দন্তের সাধারণ আকার। ইহারা স্থায়ী দন্ত, বাল দন্ত নহে। স্বল্পকাল স্থায়ী অর্থাৎ দুধে দন্তের পক্ষে, যদিও তৎসমুদয় প্রায়তঃ বিকৃতাকার বিশৃঙ্খল এবং ক্ষয়িত হইয়া থাকে, তথাপি তাহাদিগকে দেখিয়া বংশানুগ উপদংশ রোগের লক্ষণ অবগত হওয়া যায় না।

যোগেন্দ্রনাথ দে এবং তাহার কনিষ্ঠ ভ্রাতাদিগের দন্তপংক্তি গহ্বরিত এবং বিশৃঙ্খল ছিল। কিন্তু কেবল যোগেন্দ্র নাথেরই চক্ষুর অবস্থা দেখিয়াই বোধ হইয়াছিল যে, যে কেরাটাইটিস্ রোগে সে পীড়িত, তাহা

উপদংশ-রোগ-সম্ভূত। কর্ণিয়ার নির্বিশেষ শ্রেণীস্থ (Non-specific) প্রদাহে, তত্রত্য কিয়দংশ স্তর-নির্ম্মাণ স্বচ্ছ থাকে, অপরাপর অংশ ঘর্ষিত কাচখণ্ডের আকৃতি ধারণ করে। উপদংশসম্ভূত কেরাটাইটিস্ রোগেও সচরাচর এবম্বিধ অবস্থা দৃষ্টিগোচর হয়। কিন্তু আরোগ্যসময় নিকটবর্ত্তী না হইলে, এইরূপ পীড়ায় আবিল কর্ণিয়ার উপরিভাগ বিন্দু বিন্দু ঘনতর অস্বচ্ছ চিহ্ন দ্বারা আবৃত থাকে, অবশিষ্ট প্রদাহিত ঝিল্লীতে তদ্রূপ দেখিতে পাওয়া যায় না। আর আরোগ্যসময় উপস্থিত হইলে, উক্ত বিন্দু বিন্দু শ্বেতবর্ণ চিহ্ন সকল ক্রমশঃ অদৃশ্য হইতে থাকে, এবং পরিশেষে কর্ণিয়া স্বকীয় স্বচ্ছাবস্থা প্রাপ্ত হয় *।

উপদংশসম্ভূত কেরাটাইটিস্ রোগের প্রারম্ভ কালে, যদি সত্বর চিকিৎসা করা যায়, তবে তাহার অবস্থানকালের সমষ্টিগত পরিমাণ তিন কিম্বা চারি মাসের অধিক হইবেক না। কিন্তু কথন২ উহা অল্পতর সময়ের মধ্যেও তিরোহিত হইতে পারে। দরিদ্র ও কষ্টান্ন ব্যক্তিদিগের অর্থাৎ যাহারা তাচ্ছীল্য করিয়া রোগোপশমার্থে প্রথমতঃ কোনবিধ উপায় অবলম্বন করে না, সচরাচর এই কেরাটাইটিস্ রোগের পর তাহাদেরই কর্ণিয়ায় ক্ষত হইয়া থাকে। যদি এই রোগ আইরাইটিস্ এবং আইরিডো-কোরইডাইটিস্ রোগ সমন্বিত না হয়, তবে অধিকাংশ স্থলে, যদিও কেবল প্রকৃতির (Nature) উপর নির্ভর করিয়াই রোগোপশম হইয়া থাকে, তথাপি, পীড়িত কার্য্যাদি তিরোহিত হইয়া রোগোপশম হইতে অধিক দিবস লাগে। অন্য পক্ষে, যদি উহা উপযুক্তরূপে চিকিৎসিত হইতে থাকে, তবে আমরা অপেক্ষাকৃত অল্প সময়ের মধ্যে উক্ত রোগ উপশমিত হইবার প্রত্যাশা করিতে পারি।

চারি বৎসরের ন্যূনবয়স্ক বালকের বংশানুগ উপদংশসম্ভূত কেরাটাইটিস্ রোগ হইতে প্রায়ই দেখা যায় না। আর প্রৌঢ়াবস্থার পূর্ব্বে বংশানুগ উপদংশ কারণে, ভিট্রিয়স্ এবং লেন্সের অস্বচ্ছাবস্থা ঘটিতেও অতি কদাচিৎ দেখা গিয়া থাকে। কিন্তু অন্যপক্ষে, বংশানুগ উপদংশসম্ভূত আইরাইটিস্ রোগ কতিপয় মাসের শিশুসন্তানেও আবির্ভূত হইতে দেখা গিয়া থাকে।

চিকিৎসা।—উপদংশসম্ভূত কেরাটাইটিস্ রোগ চিকিৎসায়, রোগীর শারীরিক স্বাস্থ্যের প্রতি বিশেষ মনোযোগ দিতে হয়। সামান্য

---

* *Ophthalmic Hospital Reports*, vol 1 p. 232 Mr. Hutchinson on Syphilitic Inflammation of Cornea.

পুষ্টিকর খাদ্য, সতত বিশুদ্ধ বায়ু সেবন এবং ব্যায়াম ইত্যাদি দ্বারা রোগীর অঙ্গ-প্রত্যঙ্গাদি যাহাতে বিলক্ষণ কার্য্যক্ষম অবস্থায় থাকে, তদ্বিষয়েও সাবধান হওয়া উচিত। পীড়িত চক্ষুকে তুলার একখানি প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা সতত বিশ্রান্তভাবে রাখিতে হয়।

আমার বোধ হয় এইরূপ পীড়ায়, অন্যান্য ঔষধ ব্যবহার করা অপেক্ষা মার্কারি ব্যবহার করাই ন্যায়সঙ্গত। গাত্রলগ্ন করাই (Inunction) উহা ব্যবহার করিবার অত্যুত্তম পদ্ধতি। উরুদেশে এবং বাহুমূলে প্রতিসপ্তাহে দুইবার করিয়া অন্ততঃ বিশ মিনিট কাল পর্য্যন্ত মার্কুরিয়্যাল্ অয়েন্টমেন্ট (পারদঘটিত মলম) ঘর্ষিত করিতে হয়। বালকদিগকে আমি মার্কারি সেবন করিতে কখনই ব্যবস্থা দিই না। অথবা যাহাতে উক্ত ঔষধ ব্যবহারে দন্তমূল পর্য্যন্তও (Gums) পীড়িত হয়, তাহারও কোন আবশ্যকতা দেখি না। এতন্নিমিত্ত উপদংশসম্ভূত কেরাটাইটিস্ রোগগ্রস্ত সুস্থ এবং বলবান্ ব্যক্তিদিগের পক্ষে, চক্ষুর পীড়া আরোগ্য হউক বা নাই হউক, ক্রমাগত চারি কিম্বা পাঁচ মাস পর্য্যন্ত এক পর্য্যায় মার্কারি সেবন করা বিধেয়। যাহাহউক রুগ্ন বালকেরা এই চিকিৎসার বশবর্ত্তী হইতে পারে না। তাহাদের পক্ষে, মার্কারির পরিবর্ত্তে কডলিভার অইল এবং আইওডাইড অব আইরণ, এবং সাধারণ মাত্রায় হাইড্রার্জ. কম্ ক্রিটা, কুইনাইন এবং সোডার সহিত ব্যবহার করা সর্ব্বতোভাবে প্রয়োজনীয়।

যদি স্ক্লারোটিক কিম্বা কনজংটাইভার রক্তবহা-নাড়ী সকলে রক্তসংঘাত হইয়া না থাকে, তবে চক্ষুতে প্রত্যহ দুই বার করিয়া, ১ ঔন্স জলে ২ গ্রেণ আইওডাইন্ মিশ্রিত সলিউশন, ফোটা২ প্রদান করিলে যথেষ্ট উপকার দর্শে। প্রায় অধিকাংশস্থলে কপোলদেশস্থ চর্ম্মে একটী বিন্ধন করিয়া দিলে অনেক উপকার পাওয়া যায়। তত্রত্য কিয়দংশ চর্ম্ম, অঙ্গুষ্ঠ ও তর্জ্জনী দ্বারা ধৃত ও উত্তোলিত করিয়া, সেই ভাঁজের মধ্যে একটী নিড্ল বিদ্ধ করতঃ নিডলের পরিহিত রেসমের সূত্র দ্বারা দৃঢ়বদ্ধ গ্রন্থি দিতে হয়, এবং সেই সূত্রকে তিন সপ্তাহ কিম্বা এক মাস পর্য্যন্ত তদবস্থায় রাখা উচিত। আমাদের ভারতবর্ষীয় লোকেরা সচরাচর যে প্রকার কর্ণিয়ার নিকটবর্ত্তী এক ভাঁজ কনজংটাইভার স্তর মধ্যে সূত্র প্রবেশ করিয়া বিন্ধন করিয়া থাকেন, ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেবও অনেক স্থলে সেইরূপ উপায় পরীক্ষা করিয়াছেন, কিন্তু তাহাতে উক্ত বন্ধনী সেই কোমলাংশে সত্বর পূয়োৎপত্তি করিয়া ফেলে; সুতরাং

তথায় বারম্বার অপরাপর বিন্ধন করিলে, তদংশের অনেক অপায় বা বিপদ ঘটিতে পারে। যদি রোগী কিম্বা রোগীর বন্ধুবর্গ বিন্ধন করিতে প্রতিবাদ উপস্থিত করে, তবে কপালচর্ম্মে পর্য্যায়ক্রমে কতিপয় ক্ষুদ্রং ব্লিষ্টার সংলগ্ন করা উচিত। কিন্তু পূর্ব্বোক্ত বিন্ধনে যদ্রূপ উপকার দর্শে, ইহাতে তদ্রূপ উপকার দর্শিবার কোন সম্ভাবনা নাই।

কেরাটাইটিস্ পংক্টেটা (KERATITIS PUNCTATA)।—মেকেঞ্জী এবং অন্যান্য গ্রন্থকারেরা যাহাকে "য়্যাকিও-ক্যাপ্‌সিউলাইটিস্" (Aquo-capsulitis) রোগ বলিয়া বর্ণনা করিয়া গিয়াছেন, তাহার সহিত এই রোগের অনেকাংশে সৌসাদৃশ্য আছে। মিষ্টার ওয়েকার এবং অন্যান্য আধুনিক গ্রন্থকারেরা কেরাটাইটিস্ পংক্টেটা, কেরাটাইটিস্ পংক্টু, (KERATITE PONCTUÉE) এবং ডটেড কেরাটাইটিস্ (DOTTED KERATITIS) ইত্যাদি শব্দে এই রোগ বর্ণনা করেন*। এই রোগ সচরাচর হইতে দেখা যায় না, এবং এই রোগ হইলে, কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরোপরি কতকগুলি ক্ষুদ্রং শ্বেতবর্ণ চিহ্ন অভ্যুদিত হইতে দেখা যায়। সেই সকল চিহ্ন অপকৃষ্ট ইপিথিলীয়মের কলঙ্কমাত্র। পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরের কোষ সকলের এই অবস্থার সঙ্গেং প্রায় সচরাচর সমুদয় কর্ণিয়া একেবারে আবিল হইয়া পড়ে। এই আবিলতা, রেটিনায় আলোক প্রবেশ করিবার বাধা প্রদান করতঃ, রোগীর দৃষ্টির বিলক্ষণ হানি জন্মাইয়া দেয়। আবিল ইপিথিলীয়্যাল্ বা উপস্থান কোষ সকল কখনং ছিন্ন হইয়া য়্যাকিউয়সের মধ্যে ইতস্ততঃ ভাসমান হইতে থাকে; সুতরাং উক্ত স্থান অধিক বা অল্প পরিমাণে বিলোড়িত বা আবিল হইয়া পড়ে।

যদিও কর্ণিয়ার স্থূলতা কিয়ৎপরিমাণে বর্দ্ধিত হইতে পারে, তথাপি এরূপ বিবেচনা করা উচিত নহে যে, য়্যাকিউয়স্ অপ্রকৃত পরিমাণে নিঃসৃত হইয়াছে। কর্ণিয়ার নির্ম্মাণগত বিকৃতিই উক্ত পরিবর্ত্তিত স্থূলতার কারণ। প্রসারণশীল পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর এবং বোধ হয় স্তরান্বিত ঝিল্লী, এবম্বিধ রোগে য়্যাকিউয়সের প্রসারিকা শক্তিকে অল্প মাত্র বাধা প্রদান করিতে পারে। আর এই ডটেড্ কেরাটাইটিস্ রোগে

* Mr. Hutchinson on Syphilitic Inflammation of the Eye · *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. ii. P. 279.

অন্য প্রকার উপসর্গ না ঘটিলে, অক্ষিগোলকের বিতান কখনই বর্দ্ধিত হয় না। তবে যে স্থলে অপরিমিত য়্যাকিউয়স্ হিউমার নির্গত হইয়া থাকে, কেবল তথায়ই উক্ত বিতান বর্দ্ধিত হইতে দেখা যায়। এতদ্দ্বারা পূর্ব্ববর্ত্তী সিদ্ধান্তের সত্যতা অধিকতররূপে প্রমাণীকৃত হইতেছে।

লক্ষণ।—যে সকল লক্ষণে কেরাটাইটিস্ পংটেটা রোগ আবির্ভূত হইয়া থাকে, তৎসমুদায়ের কোনটীও বলবৎ নহে। রোগী পীড়িত চক্ষুতে প্রায়ই যাতনা অনুভব করে না, বাস্তবিক কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা-প্রযুক্ত কেবল তাহার দৃষ্টির আবিলতাই উপস্থিত হয়। তদ্ব্যতিরেকে অন্য কোন অসুবিধা বা উপসর্গের উদয় হয় না।

পীড়ার প্রাবল্যসময়ে চক্ষু পরীক্ষা করিলে, কর্ণিয়ার চতুষ্পার্শ্বে এক দল স্ক্লেরোটিকের রক্ত-সঞ্চারিত নাড়ীচক্র, এবং সচরাচর তত্রত্য কন্‌জংটাইভার রক্তপূর্ণ অবস্থাই দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। কর্ণিয়ার পশ্চাদ্দেশোপরি মেদময় ইপিথিলীয়মের আবিল চিহ্ন সকল সচরাচর সহজেই অনুসন্ধিত হইয়া পড়ে। এই সকল আবিল চিহ্ন, বিশেষতঃ যখন তাহারা অত্যন্ত বিরল হয়, তখন কেবল ভিন্ন স্থান হইতে আলোক-রশ্মি আনিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিলেই দৃষ্টিগোচর হইয়া থাকে। এই পরীক্ষায় য়্যাকিউয়স্ কিঞ্চিৎ অপরিষ্কৃত অর্থাৎ ঘোলা বলিয়া বোধ হয়; এবং কখনং তদুপরি অপকৃষ্ট ইপিথিলীয়মের খণ্ড সকল ভাসমান থাকিতে দেখা যায়। এই সকল খণ্ডের কতিপয় আবার আইরিসে সংলগ্ন হইয়া, তাহাকেও চিহ্নিত করিয়া তুলে।

পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরের সহিত সম্বন্ধ বিবেচনা করিয়া দেখিলে, ইহা স্পষ্টই বোধ হইবে যে, তথায় পীড়া হইলে, তাহা আইরিস্ এবং সিলিয়ারি বডি পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে। ফলতঃ চিকিৎসা কার্য্যে আমরা তাহা প্রায়ই দেখিতে পাই। এবম্বিধ অবস্থায়, কর্ণিয়ার অপ্রাকৃত অবস্থার সঙ্গেং চক্ষুর গভীরতর নির্ম্মাণের পীড়াসূচক অক্ষিগোলকের বর্দ্ধিত বিতান, চক্ষুতে যাতনা, সিলিয়ারি নিউরোসিস্ (কেশ-পুচ্ছি), আলোকাতিশয্য, আলোক অথবা কোন প্রকার প্রসারক ঔষধ (Mydriatics) স্পর্শে আইরিসের প্রসারিত হইবার অক্ষমতা ইত্যাদি লক্ষণ সকল প্রকাশমান হয়। কিন্তু কেরাটাইটিস্ পংটেটা রোগের সহিত অন্য কোন রোগ উপসর্গীভূত না হইলে, এই সকল লক্ষণের কোন লক্ষণই প্রকাশিত হইতে দেখা যায় না। বালকেরা, বিশেষতঃ যে সকল বালক সিফিলিটিক্ অথবা স্ক্রুফুলস্ ডায়েথিসিস্ অর্থাৎ উপদংশ

এবং যাতধাতুবিশিষ্ট, তাহারাই সতত এই রোগাক্রান্ত হইয়া থাকে।* এই রোগ প্রায়ই পর্য্যায়ক্রমে এবং কখনং যুগপৎ উভয় চক্ষুতেই হইয়া থাকে।

পূর্ব্বোক্ত প্রকার উপসর্গ উপস্থিত না হইলে, এই কেরাটাইটিস্ রোগ প্রায়ই আরোগ্যমুখে ধাবিত হয়। যাহাহউক, উপশম হইতেও সচরাচর অধিক দিবস লাগে। যত দিন পর্য্যন্ত চক্ষুর গভীর আভ্যন্তরিক নির্ম্মাণ পীড়াশূন্য বলিয়া নিশ্চিত বোধ না হইবে, তত দিন পর্য্যন্ত পীড়ার ভাবিফল শুভজনক বলিয়া ব্যক্ত করা কদাচ বৈধ নহে।

চিকিৎসা।—সাধারণতঃ কেরাটাইটিস্ রোগ হইলে যেরূপ চিকিৎসা করিতে হয়, ইহাতেও ঠিক্ তদ্রূপ চিকিৎসা করিতে হয়। পীড়িত চক্ষু প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা সতত আবৃত রাখা উচিত, এবং কনীনিকা প্রসারিত রাখিবার জন্য চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রদত্ত হইয়া থাকে। উপদংশ-সম্ভূত স্থলে, কডলিভার অইল, আইওডাইড্ অব্ পটাসিয়ম্, এবং ক্ষীণবল পারদঘটিত ঔষধাদি ব্যবহার করা বিধেয়। যে স্থলে পীড়ার কারণ বিশেষরূপে নির্ণীত না হয়, তথায় আইরণ ও কুইনাইন এবং কোন প্রকার টনিক্ ঔষধ সেবন করিলে, পীড়া সত্বর উপশমিত হইতে পারে। এই রোগের সমুদয় স্থলে, একটী বিন্ধন করিয়া অথবা পর্য্যায়প্রদত্ত ব্লিষ্টার দ্বারা কপোল দেশে প্রত্যুত্তেজনা আনয়ন করা অত্যন্ত শ্রেয়ঃ। আইরাইটিস্ অথবা আইরিডো-কোরইডাইটিস্ প্রভৃতি উপসর্গ উপস্থিত হইলে, তাহাদের প্রত্যেককে যে উপায়ে উপশম করিতে হয়, তাহা তত্তৎ রোগবর্ণন সময়ে উল্লিখিত হইয়াছে।

সপিউরেটিভ্ কেরাটাইটিস্ (SUPPURATIVE KERATITIS)

সপিউরেটিভ্ কেরাটাইটিস্ রোগ ও কর্ণিয়ার স্ফোটক এবং ওনিক্স রোগ (Onyx), বর্ণনার সুবিধার নিমিত্ত প্রবল ও নাতিপ্রবল দুই নামে প্রকটিত হইতেছে।

১। প্রবল সপিউরেটিভ্ কেরাটাইটিস্ রোগ হইলে, পীড়িত চক্ষুতে যথেষ্ট এবং সতত-প্রবল যাতনা উপস্থিত হয়। এই যাতনা ক্রমেং

* জে. হচিন্‌সন্ সাহেব স্বকৃত "চক্ষুর উপদংশপ্রদাহ" গ্রন্থে, যে উপদংশ পীড়া আইরিসকেও পীড়িত করে, তাহার বৃত্তান্ত উত্তমরূপে বর্ণনা করিয়া গিয়াছেন; এবং ঐ পীড়ার "কেরাটো-আইরাইটিস্ (Kerato-iritis) নামও প্রদত্ত হইয়াছে। Ophthalmic Hospital Reports, vol. i p. 192, and vol. ii, p. 278.

এবং কপোলদেশ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া থাকে। রোগীর চক্ষু অনবরত অপরিমিত অশ্রুপূর্ণ হইয়া রহে; আলোকাতিশয্য উপস্থিত হয়; এবং কনজংটাইভায় সমধিক রক্তসংঘাত ও তথায় কিমোসিস্ অভ্যুদিত হইয়া, কর্ণিয়ার পরিধিবেষ্টিত স্ক্লারোটিকের বদ্ধরক্ত নাড়ীচক্রকে সুস্ফীত রাখে। কর্ণিয়াও আবিল হইয়া পড়ে, এবং রোগের বৃদ্ধিসহকারে উহার স্তরনির্ম্মাণে পূয় উৎপন্ন হইতে থাকে। উক্ত পূয় একটী ক্ষত উৎপাদন করিয়া বহির্দ্দেশ হইতেই নির্গত হইয়া পড়ে, নতুবা য়্যাকিউয়স্ চেম্বার মধ্যে বিক্ষিপ্ত হইয়া যায়; অথবা, কর্ণিয়ার নিম্নবিভাগের স্তরসকলের মধ্যবর্ত্তী স্থানে আকর্ষিত হয়। এইরূপ হইলে, উহা তথায় একটী পীতবর্ণ অস্বচ্ছ চিহ্নের উৎপত্তি করে। নখের প্রারম্ভভাগে আমরা সচরাচর যেরূপ শ্বেতবর্ণ চিহ্ন হইতে দেখিয়া থাকি, উক্ত চিহ্নের আকার ও গঠন ঠিক তদ্রূপ। এই নিমিত্ত উহা ওনিক্স নামে অভিহিত হইয়া থাকে। এই সঞ্চিত পূয়ের উপরিভাগের আকার ঋজু, এবং চক্ষুতে হাইপোপিয়ন্ (Hypopion)* হইলে, যদি রোগী একপার্শ্বে মস্তক অবনত করে, তবে যদ্রূপ তাহার উপরিভাগের আকার পরিবর্ত্তিত হয়, তদ্রূপ উক্ত পূয় কর্ণিয়ার স্তরসকলের অন্তর্বর্ত্তী থাকায়, উহার উপরিভাগের ঋজুতার ব্যতিক্রম হয় না। অপিচ এবম্বিধ কেরাটাইটিস্ রোগস্থ উক্ত সঞ্চিত পূয় কনীনিকার নিম্নপ্রান্তের সমসীমরেখা পর্য্যন্ত অতিকদাচিৎ উত্থিত হইয়া থাকে।

কর্ণিয়ার ঊর্দ্ধ ও নিম্ন উভয় বিভাগেই পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকে, এবং এই উভয়বিধ স্থলেই তুল্যরূপ ফলোৎপত্তি হয়। যদি উহা বহির্নির্গত হইয়া না পড়ে, তবে নিম্নগ হইয়া হয় কর্ণিয়ার সূত্রচয় মধ্যে, নতুবা স্তরনির্ম্মাণ এবং পশ্চাদ্বর্ত্তী পর্দ্দা এতদুভয়ের মধ্যে প্রবেশ করিয়া থাকে।

স্ফোটকের অবস্থানুসারে এই রোগের গতিরও তারতম্য ঘটিয়া থাকে। যদি উহা বাহ্যদেশে উৎপন্ন হয়, তবে পূয় বাহ্যদেশে একটী দ্বার বা মুখ প্রস্তুত করে; এবং কর্ণিয়া অপেক্ষাকৃত অল্পপরিমাণে অপায়িত হয়। পশ্চাদ্দিক হইতে য়্যাকিউয়স্ যে প্রতিচাপ প্রদান করে, তদ্দ্বারা উক্ত পূয় কেবল বহির্দ্দেশে আসিবার গতি প্রাপ্ত হয় এমত

---

* য়্যাকিউয়স্ চেম্বারে পূয়সঞ্চিত হইলে, তাহাকে ইংরেজীতে হাইপোপিয়ন্ কহে।

নহে, স্ফোটক শূন্যগর্ভ হইলে, উহার প্রাচীরচয়ও তদ্দ্বারা স্থিরভাবে স্বস্থানে স্থায়ী থাকে, সুতরাং উক্ত পূয়গর্ভ রুদ্ধ হইয়া পড়ে। এই-রূপে কর্ণিয়ার সামান্য আবিলতা ব্যতিরেকে রোগের আর কোন চিহ্ন মাত্রও থাকে না। যাহাহউক, যদি এই আবিলতা দৃষ্টির মেরুদণ্ডের উপরিভাগে ঘটে, তবে উহা সামান্য হইলেও, তদ্দ্বারা রোগীর দৃষ্টি অত্যন্ত ক্ষীণ হইয়া সতত অনুতাপের কারণ হয়।

অন্যপক্ষে, যদি উক্ত স্ফোটক কর্ণিয়ার স্তরান্বিত ঝিল্লীতে গভীর-রূপে অবস্থিত থাকে, তবে ভয়ানক ঘটনা সকল উপস্থিত হইতে পারে। এবম্বিধ স্থলে, সঞ্চিত পূয় কর্ণিয়ার সূত্রচয় মধ্যে বিস্তৃত হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা আছে, এবং তাহা হইলে কর্ণিয়ায় নির্ম্মাণগত অনিবার্য্য ক্ষতি-উপস্থিত হইয়া থাকে; অথবা, পূয় পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরাভ্যন্তরে প্রবেশ করিয়া তাহাকে সমুদায় সংযোগ হইতে চ্যুত করে। উক্ত পূয় এই স্থিতিস্থাপক স্তরের অভ্যন্তর দিয়া য়্যাকিউয়স্ চেম্বারে উপনীত হই-বার কোন পরিষ্কৃত পথ প্রাপ্ত হয় না। কারণ উহাতে পথ হইলেই তৎক্ষণাৎ তাহা বহিরভিমুখীয় য়্যাকিউয়সের প্রতিচাপ দ্বারা রুদ্ধ হইয়া যায়। এই সকল অবস্থায় পীড়ার কার্য্যাদি আইরিস্ এবং চক্ষুর গভীর-স্তর নির্ম্মাণ সকলে বিস্তৃত হইতে পারে। আলোক পার্শ্বে রাখিয়া চক্ষু পরীক্ষা করিবার প্রণালী অনুসারে এবম্বিধ স্থলে চক্ষু পরীক্ষা করিলে, উক্ত অংশের অবস্থা সচরাচর বিশেষ অবগত হওয়া যায়। কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী পর্দ্দা পশ্চাদ্দিকে স্ফীত হইয়া উঠে, এবং প্রায়তঃ আইরিসকে স্পর্শ করে। সচরাচর পূয় এবং খণ্ড লিম্ফ্ (Lymph) অর্থাৎ লসিকা নামক পদার্থ আবিল য়্যাকিউয়স্ হিউমারের উপরিভাগে ভাসমান হইতে দেখা যায়। আইরিসের সূত্রময় নির্ম্মাণ অল্প বা অধিক পরিমাণে আবিল হয়, এবং য়্যাট্রোপীন প্রদত্ত হইলেও কনীনিকা প্রায়ই প্রসারিত হয় না। অথবা, যদি আইরিস প্রসারিত হয়, কিন্তু কনীনিকায় য়্যান্টেরিয়র সাইনেকিয়া (Anterior synechia) বিদ্য-মান থাকায়, অর্থাৎ উহার অগ্রভাগ আইরিসের সহিত সংযুক্ত হওয়ায়, উহা নানাবিধ আকার ধারণ করে। এই সকল অবস্থায় রোগী চক্ষুতে এবং কপোলদেশে ভয়ানক কষ্টপ্রদ যাতনা ভোগ করিতে থাকে।

অতএব দ্বিতীয় শ্রেণীস্থ রোগের ভাবিফল অত্যন্ত মন্দ। কারণ, যদি পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর পীড়িত হয়, তবে সমুদয় অক্ষিগোল-কের সাধারণ-প্রদাহ কোন্ না কোন সময়ে অকস্মাৎ উপস্থিত হইতে

পারে। অন্যান্য স্থলে, যতদিন পর্য্যন্ত কর্ণিয়া চক্ষুর আভ্যন্তরিক প্রতিচাপ-সহিষ্ণু থাকে, ততদিন পর্য্যন্ত উহাতে পূয়োৎপত্তি হইয়া উহা বিনাশিত হইতে থাকে; কিন্তু যে সময়ে উহা উক্ত প্রতিচাপ সহ্য করিতে নিতান্ত অসমর্থ হয়, তখন উহার অপকৃষ্ট নির্ম্মাণ সকল ফাটিয়া যায় এবং তন্মধ্য দিয়া অক্ষিগোলকের অন্তরস্থ সমুদয় পদার্থ বহির্গত হইয়া চক্ষু চুপসিয়া যায়। অথবা, যদি কর্ণিয়া কিঞ্চিন্মাত্র ফাটিয়া যায়, তবে আইরিস বহির্গত (Prolapse) হইয়া আইসে; এবং ষ্ট্যাফিলোমা হইয়া পড়ে।

চিকিৎসা।—শরীরের অন্যান্য অংশে স্ফোটক হইলে, যে উপায় অবলম্বন করিয়া চিকিৎসা করিতে হয়, কর্ণিয়াতে স্ফোটক হইলেও সেই উপায় অবলম্বন করা উচিত। সাধারণতঃ যেরূপ দেখিতে পাওয়া যায়, যদি তদ্রূপ অত্যন্ত যাতনা এবং সিলিয়ারি নিউরোসিস্ থাকে, তবে ক্যামোমাইলের উত্তপ্ত সেক চক্ষুতে সতত প্রদান করা বিধেয়। কপোলচর্ম্মের নিম্ন দিয়া পিচকারী দ্বারা চর্ম্মনিম্নে মর্ফিয়া প্রবেশ করান (Subcutaneous injection) সর্ব্বতোভাবে উচিত। অপিচ এবম্বিধ স্থলে ছয় ঘন্টা অন্তর চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন সলিউশন্ ব্যবহার করিতে হয়।

যখন কর্ণিয়ায় পূয়োৎপত্তি হয়, তখন পূয় বহির্গত হইবার নিমিত্ত সত্বর একটী পথ প্রস্তুত করিয়া দেওয়া সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। কোনহ স্থলে উক্ত পূয় ক্ষীরবৎ ঘন হয়, সুতরাং কর্ণিয়ার উক্ত বিদারিত পথমধ্য দিয়া সহজে নির্গত হইয়া আইসে না। এইরূপ হইলে, একখানি ক্ষুদ্র স্কুপ নামক অস্ত্র স্ফোটকের মধ্যে প্রবেশিত করিয়া তন্মধ্যস্থ পদার্থ টানিয়া বহির্গত করিতে হয়। তির্য্যক্‌ভাবে কর্ণিয়াতে অস্ত্র নিমজ্জিত করিলে, অস্ত্রের তীক্ষ্ণ অগ্রভাগ য়্যান্টেরিয়র চেম্বার মধ্যে প্রবেশিত হইতে পারে না, তথায় প্রবেশিত হইলে, অনেক বিপদ ঘটিতে পারে। কারণ, তত্রত্য য়্যাকিউয়স্ পদার্থ অস্ত্রপ্রবেশিত স্থানের মধ্যদিয়া বহির্গত হইয়া আইসে, সুতরাং উহা পশ্চাদ্দিক হইতে প্রতিচাপ প্রদান করিয়া কর্ণিয়ার বাহ্যদেশস্থ উক্ত প্রস্তুত পথের মধ্যদিয়া পূয় নির্গত হইতে যে পোষকতা করিত, তদ্রূপ পোষকতা করিতে পারে না *। কিন্তু সচরাচর এবম্বিধ ঘটনা হইবার অল্প

* "Traite' des Maladies des Yeux," par A. P. Demours, t. i. p. 281.

আশঙ্কা আছে। কারণ পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক পর্দ্দা পশ্চাদ্দিকে স্ফীত হইয়া, কর্ণিয়ার অগ্র এবং পশ্চাৎ উভয় স্তরের মধ্যে অনেক স্থান শূন্য রাখে, যদ্দ্বারা আমরা কোন প্রকার আশঙ্কা না করিয়া অনায়াসেই উক্ত অস্ত্র নিমজ্জিত করিতে পারি।

এইরূপ অস্ত্রচিকিৎসা করিতে হইলে, ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব রোগীকে সচরাচর ক্লোরোফর্ম্মের অধীনে আনিয়া থাকেন। আমার বোধ হয়, সেরূপ না করিলে, রোগীর চক্ষুকে স্বেচ্ছানুরূপ বশীভূত রাখিয়া, অত্যন্ত সাবধান পূর্ব্বক স্ফোটক বিদারণ করা নিতান্ত অসম্ভব হইত। পূয় নিঃসৃত হইয়া গেলে, সচরাচর রোগী বিলক্ষণ আরাম বোধ করিতে থাকে। তৎপরে উক্ত স্থানে দুই কিম্বা তিন ঘন্টা অন্তর ঢেঁড়ী ফলের উত্তপ্ত জল দ্বারা সেক প্রদান করা উচিত, এবং ইত্যবকাশ মধ্যে মর্কিয়া, বেলাডোনা এবং এতদ্দেশীয় গাঁজা (Hemp) এই তিনে একত্র করিয়া মলম প্রস্তুত করতঃ অক্ষিপুটদ্বয়ে প্রলেপিত করিতে হয়। অপিচ চক্ষুকে সতত শিথিলভাবে প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা মুদিত রাখা উচিত।

আইরিস এই রোগের সঙ্গে২ পীড়িত বোধ হইলেও উক্ত উপায়ে কর্ণিয়ার স্ফোটক আরোগ্য করিতে হয়। কনীনিকাকে সত্বর প্রসারিত করিবার নিমিত্ত চক্ষুতে সর্ব্বদা য়্যাট্রোপীন ফোটা২ করিয়া প্রদান করা বৈধ। ইহাতেও যদি কর্ণিয়ার বিনাশন স্থগিত না হয়, বিশেষতঃ যদি কনীনিকা য়্যাট্রোপীনের গুণে অনিয়মিতরূপে প্রসারিত হইয়া পড়ে, তবে আইরিসকে কর্ত্তন করা (Iridectomy) অত্যাবশ্যক।

সপিউরেটিভ্ কেরাটাইটিস্ রোগের দুই এক স্থলে চক্ষুর যন্ত্রণা এবং উত্তেজনা স্থগিত হইয়া যাইলেও অতিশীঘ্রই রোগ আদিম স্থান হইতে চতুর্দ্দিকে বিস্তৃত হইয়া পড়ে। এই ভয়ঙ্কর শ্রেণীস্থ রোগে স্থানিক ঔষধের মধ্যে ক্লোরাইন্ মিশ্রিত জল চক্ষুতে ব্যবহার করা যে অত্যুত্তম, তদ্বিষয়ে আর কোন সংশয়ই নাই। উহা প্রত্যহ তিনবার চক্ষুতে ফোটা২ প্রদান করিতে হয়, এবং তৎপরে চারি কিম্বা পাঁচ ঘন্টা কাল পর্য্যন্ত ব্যাণ্ডেজ এবং কম্প্রেস দ্বারা চক্ষুকে বদ্ধ করিয়া রাখিতে হয়। এই বন্ধনে যদি চক্ষুর যন্ত্রণা বৃদ্ধি হয়, তাহা হইলে উহা খুলিয়া ফেলা অথবা শিথিল করা বিধেয়। উত্তপ্ত ক্যামোমাইলের সেক প্রদান করিলে অনেক উপকার দর্শিতে পারে; কিন্তু কনজংটাইভায় রক্তসংঘাত এবং কিমোসিস্ বিদ্যমান থাকিলে, উহা দ্বারা রক্তস্খলনকার্য্যের (Blood

statis) বৃদ্ধি হইয়া বিশেষ অনিষ্ট সংঘটন করে। ইতিপূর্ব্বে, কর্ণিয়ার পরিপোষক উপাদান আসিতে যে অভাব ঘটিয়া ছিল, উহা দ্বারা তাহারও বৃদ্ধি হইয়া কর্ণিয়াকে সত্বর বিনাশিত করিবার উদ্যোগ করিয়া দেয়।

২। নাতি প্রবল (Sub-acute) ও প্রবল (Acute) সপিউরেটিভ্ কেরাটাইটিস্ রোগের পরস্পর প্রভেদ এই যে, নাতিপ্রবল প্রকার রোগে কর্ণিয়ার কোন প্রদাহ-কার্য্য উপস্থিত হয় না। পরবর্ণিত উপসর্গ গুলি না হইলে, রোগী চক্ষুর যন্ত্রণা কিম্বা আলোকাতিশয্যের বিষয় কিছুই অভিযোগ করে না।

যে সকল লোকের শরীর নিতান্ত অসুস্থ এবং দুর্ব্বল থাকে, তাহাদিগেরই সচরাচর এই রোগ জন্মিতে দেখা যায়। উপবাস, ওলাউঠা, অথবা বসন্ত রোগের পর, বিশেষতঃ বালকদিগেরই এই রোগ জন্মে; এবং জন্মিলে, তৎপরে দ্রুতবেগে প্রাদুর্ভূত হইতে থাকে। কর্ণিয়ার স্তরান্বিত টিস্যুতে পীতবর্ণ পূয় চিহ্ন উৎপন্ন হইয়া এই পীড়ার আরম্ভ হয়। এই সকল চিহ্ন স্বয়ং বিস্তৃত হইয়া পরস্পর মিলিত হয়, ও দুই এক দিবসের মধ্যে, এমত কি কতিপয় ঘন্টার মধ্যেই কর্ণিয়ার অধিকাংশ পীড়িত হইয়া পড়ে এবং উহার নিম্নাংশে কিয়ৎপরিমাণে পূয়সঞ্চিত হইয়া থাকে।

অপকর্ষীভূত পরিবর্ত্তন সকলের বিস্তার ও প্রাদুর্ভাব হইবার শীঘ্রতা এবং সঞ্চিত পূয়ের অবস্থানুসারে, এই পীড়ার পরবর্ত্তী অধিবেশনের বিভিন্নতা ঘটিয়া থাকে। যদি কর্ণিয়ার অগ্রবর্ত্তী স্তর সকলে পূয়োৎপত্তি হইয়া থাকে, তবে স্ফোটক স্বয়ং বহির্দ্দেশ হইতেই স্ফুটিত হইয়া যায়। কিন্তু গভীরতর স্তর সকলে পূয়োৎপত্তি হইলে, অর্থাৎ যাহাতে পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর পীড়িত হইতে পারে এমত হইলে, আইরিস এবং চক্ষুর গভীরতর নির্ম্মাণসকলেও পীড়িত কার্য্যাদি বিস্তৃত হইবার সম্পূর্ণ সম্ভাবনা আছে, এবং তাহা হইলে কন্জংটাইভায় সচরাচর অধিক রক্তসংঘাত হইয়া থাকে। কর্ণিয়া সচরাচর শীঘ্রহ বিনাশিত হইতে থাকে; এবং পরিশেষে উহা বিগলিত হইয়া চক্ষুকেও সম্পূর্ণ বিনাশিত করে।

চিকিৎসা।—রোগীর পরিপোষিকা শক্তি যাহাতে পুনর্ব্বার আনীতা হয়, এইরূপ স্থলে তদ্বিষয়ে মনোযোগ দিয়া চিকিৎসা করা উচিত। কারণ পরিপোষণের অভাব না থাকিলে, কর্ণিয়ার ক্ষয় ও বিনাশন স্থগিত হইবারও অনেক সম্ভাবনা থাকে। স্টিমুল্যান্টস্ অর্থাৎ

উত্তেজক ঔষধ, টনিক্স্ অর্থাৎ বলকারক ঔষধ এবং যে সকল খাদ্যের বিলক্ষণ পরিপোষিকা শক্তি আছে, এবম্বিধ স্থলে তাহা ব্যবস্থা করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। টনিক্সের মধ্যে, এক গ্রেণ সলফেট্ অব্ কুইনাইনের সহিত বিংশতি মিনিম্ মাত্রায় টিংচার অব্ মিউরেট অব্ আইরণ, ছয় ঘন্টা অন্তর সেবন করিলে, কখন২ অনেক উপকার দর্শিয়া থাকে।

যদি কর্ণিয়ায় কিয়ৎপরিমাণে পূয় সঞ্চিত হয়, তবে তাহা পূর্ব্বোল্লিখিত মতে অতি সত্বর নিঃসৃত করিয়া দেওয়া উচিত। সতত, বিশেষতঃ পীড়ার প্রারম্ভ সময়ে, চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রদান করা বিধেয়। যত্নপূর্ব্বক চক্ষুতে কম্প্রেস বন্ধন এবং ক্লোরাইন মিশ্রিত জল প্রদান করিলে, এই রোগের অনেক উপকার দর্শিতে পারে। যদি কম্প্রেস বন্ধন করিলে চক্ষুতে যাতনা উপস্থিত হয়, তবে তাহা কিঞ্চিৎ শিথিল করিয়া দেওয়া উচিত; অথবা দিবাভাগে কতিপয় ঘন্টা পর্য্যন্ত উহা অপনীত করিয়া রাখা উচিত। তাহা না করিলে, তদ্দ্বারা কোন উপকার দর্শে না। যদি কন্জংটাইভায় অধিক রক্তসংঘাত হইয়া না থাকে, তবে ক্যামোমাইল এবং ঢেঁড়ির সেক দেওয়া বিধেয়। দুর্ভাগ্যক্রমে আমাদের সকল যত্নই বিফল হইয়া যায়। অপকৃষ্ট পরিবর্ত্তন সকল কর্ণিয়ায় এত শীঘ্র বৃদ্ধি পাইতে থাকে যে, রোগীর স্বাস্থ্যবর্দ্ধন করিবার কোন অবকাশ পাওয়া যায় না। অধিকন্তু, এই রোগ সার্ব্বাঙ্গিক (Constitutional) রোগ বলিয়া সর্ব্বদা দুই চক্ষুই পীড়িত হইতে পারে, এবং তাহা হইলে রোগনিরাময়ের আর কোন আশা থাকে না।

যদি অন্যান্য উপায় সকল বিফল হইয়া যায় ও কর্ণিয়া অপ্রতিরোধিতভাবে ক্রমাগত বিনাশিত হইতে থাকে, তবে এবম্বিধ স্থলে কর্ণিয়ার কোন অংশ স্বচ্ছ থাকিলে, আইরিস কর্ত্তন করা যে কেবল ন্যায়সঙ্গত এমত নহে, উহা অতি শীঘ্র সম্পন্ন করা উচিত। এবম্বিধ স্থলে স্বচ্ছ কর্ণিয়ার পশ্চাদ্দেশ হইতে অধিকাংশ আইরিস নিষ্কাশিত করা উচিত। মনে কর, কর্ণিয়ার নিম্নার্দ্ধভাগ বিনাশিত হইয়াছে এবং ঊর্দ্ধাংশভাগ অদ্যাপিও স্বচ্ছ আছে, এমত স্থলে স্ক্লারোটিকের উচ্চাংশের (Superior part) অভ্যন্তর দিয়া য়্যান্টেরিয়র চেম্বারে অস্ত্র করিয়া, অন্ততঃ এক চতুর্থাংশ আইরিস কর্ত্তন করা সর্ব্বতোভাবে বিধেয়। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব এই সকল অবস্থায় আইরিস্ কর্ত্তন অর্থাৎ আইরিডেক্‌টমী অস্ত্রপ্রণালী কিরূপ কার্য্যকারিণী হইয়া থাকে, তদ্বর্ণনায় বৃথা চেষ্টা না করিয়া, স্বকীয় বিশ্বাসক্রমে উল্লেখ

করেন যে, একস্থলে কোন রোগীর চক্ষু নিশ্চয়ই অন্ধ হইয়া দুরারোগ্য হইত, কিন্তু তিনি উক্ত উপায় অবলম্বন করিয়া তাহার দৃষ্টিরক্ষা করিয়াছেন। ঈদৃশস্থলে কেবল কর্ণিয়ার প্যারাসেন্টিসিস্ (Paracentisis) অর্থাৎ কেন্দ্রভেদকারিণী অস্ত্র প্রণালী অবলম্বন করিয়া উল্লিখিত লক্ষণ সকল অপনয়ন করিতে চেষ্টা করা তাঁহার মতে উপযুক্ত কার্য্য নহে। কারণ, এইরূপে অধিক সময় অতীত হইয়া যায় এবং তৎপরে আইরিস কর্ত্তন করিলে কোন বিশেষ ফল দর্শে না।

স্নায়ুর পীড়াজনিত কেরাটাইটিস্ (Keratitis from Nervous Lesion)।—ডাক্তার ম্যাকনামারা সাহেব কেরাটাইটিস্ রোগবর্ণনা শেষ করিবার পূর্ব্বে, এক প্রকার অন্যবিধ সপিউরেটিভ কেরাটাইটিস রোগ বর্ণনা করেন। এই রোগ কর্ণিয়ার স্নায়ু-কার্য্যের (Innervation) অভাব হইলেই হইয়া থাকে। এই অভাব বা লাঘবতায় কর্ণিয়ার পরিপোষকোপাদানের অভাব এবং পূর্ব্বোল্লিখিত অপকৃষ্ট পরিবর্ত্তন সকল সংঘটিত হয়। পঞ্চম স্নায়ুর বাহ্য (Superficial) শাখা সকল অপায়িত এবং আঘাতিত হওয়াই এই রোগের সাধারণ কারণ। এইরূপে আমরা, কনজংটাইভার ভাঁজে কোন বাহ্য-পদার্থ সন্নিবিষ্ট থাকিলে, তদুত্তেজনায় কর্ণিয়াকে শীঘ্রং বিনাশিত হইতে সর্ব্বদা দেখিয়া থাকি। অপিচ স্নায়ুর মূলদেশ অপায়িত হইয়াও উল্লিখিত লক্ষণ সকল আনয়ন করিতে পারে, এবং সেই সকল লক্ষণ একবার আরম্ভ হইলে, সচরাচর তাহাদের গতিরোধ করা অত্যন্ত দুঃসাধ্য হইয়া উঠে।

চিকিৎসা।—যে সকল স্থলে স্নায়ুর পেরিফিরাল্ প্রদেশের উত্তেজনা প্রযুক্ত এই রোগ জন্মে, তথায় উত্তেজনার কারণ গুলি অপনীত করিলেই কর্ণিয়ার রোগও উপশমিত হইয়া পড়ে। এম্ স্নিলেন সাহেব বলেন যে, এবম্বিধ লক্ষণাক্রান্ত কর্ণিয়ার ক্ষত রোগ, যাহা বাহ্যতঃ পঞ্চম স্নায়ুযুগের অপায় দ্বারা উৎপাদিত হয়, তাহাতে ধূলি এবং বালুকারেণুই চক্ষুতে প্রবিষ্ট হইয়া বিনাশক পরিবর্ত্তন সকল আনয়ন করে। তিনি বলেন যে, যদি উক্ত স্নায়ুর অপায়ের পর অক্ষিপুটদ্বয়কে উত্তম রূপে মুদিত করিয়া রাখা যায়, তবে ক্ষত উৎপন্ন হইলে তাহা কেবল আংশিক মাত্র হইয়া থাকে।*

---

* *Annales d'Oculistique*, t. liii. p. 178; see also a case strongly confirming this view by Mr. Hulke, *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. v. p. 177.

এদিকে ডাক্তার লিনিম্বিন্ সাহেব বলেন যে, চক্ষু উত্তমরূপে রক্ষিত হউক আর নাই হউক, পঞ্চম স্নায়ুতে অপায় ঘটিবার পরে, নিউরো-প্যারালিটিক্ (Neuro-paralytic) ঘটনা উদিত হইয়া থাকে। তিনি, সিম্প্যাথেটিক্ অর্থাৎ সমবেদন স্নায়ুর সুপিরিয়র সার্ভিক্যাল্ গ্যাংগ্লিয়নকে বহিঃসৃত (Ablation) করিলে চক্ষুতে যে সকল ফল সংঘটিত হইয়া থাকে, তাহা অনেকানেক পরীক্ষা দ্বারা স্থির করিয়া নিম্নলিখিত বিষয়গুলি সিদ্ধান্ত করিয়াছেন।—১ উক্ত গ্যাংগ্লিয়ন বহিঃসৃত হইবার অব্যবহিত পরেই তৎপার্শ্বস্থ চক্ষুর ফণ্ডস্ অর্থাৎ তলদেশবিধানে রক্তবহা-নাড়ীগণের অধিকতর রক্তাধিক্য অবস্থা সতত দৃষ্টিগোচর হইয়াছিল। অক্ষিবীক্ষণ যন্ত্র দ্বারা পরীক্ষা করায়, কোরইডের রক্তবহা-নাড়ী সকল আকারে এত বর্দ্ধিত বলিয়া অনুভূত হইয়াছিল যে, তাহাদের পরস্পর সংমিলন (Anastomoses) সমধিক স্পষ্ট লক্ষিত হইয়াছিল। যে দিকে অস্ত্র করা হইয়াছিল, তদ্দিকস্থ চক্ষুর ফণ্ডস্ সাধারণতঃ অন্য চক্ষু অপেক্ষা অধিকতর গাঢ়লোহিত বর্ণ দৃষ্ট হইল।—যে চক্ষুতে অস্ত্র করা হইয়াছিল, সেই চক্ষুর তাপমান বর্দ্ধিত হইয়াছিল। কন্জংটাইভার থলি (Sac) এবং ক্যাপ্সিউল অব্ টিননের নিম্ন দেশে তাপমানের প্রভেদ ০.৯° হইতে ২.৪° ডিগ্রি সেন্টিগ্রেড লক্ষিত হইল।—৩ যে দিকে অস্ত্র করা হইয়াছিল সেই দিকের কর্ণিয়া অপর চক্ষুর কর্ণিয়ার সহিত তুলনা করিলে, বাহ্যপদার্থ বা অন্য কোন পদার্থ যাহার কোন প্রকার রাসায়নিক কার্য্য নাই (Neutral substances), তাহার কার্য্যাদি সহ্য করিতে অধিকতর সক্ষম দৃষ্ট হইল। মনে কর, যদি এক খানি উত্তম দর্শনোপযোগী কাচখণ্ড দুই চক্ষুর কর্ণিয়ায় সমগভীররূপে সংলগ্ন করা হয়, তবে সুস্থদিকে উক্ত কাচখণ্ড অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রচণ্ড কন্জংটিভাইটিস্, প্যানস্, কর্ণিয়ায় পিউরিউলেন্ট্ ইন্ফিল্ট্রেশন্ (Infiltration) অর্থাৎ ক্লেদানুপ্রবেশ, ও তৎসঙ্গেঃ ক্ষতরোগ এবং সমীপবর্ত্তী টিসুগণের সম্পূর্ণ যোগ ও সম্বন্ধচ্যুতি, অথবা অল্প বা অধিক পরিমাণে প্রখর আইরাইটিস্ এবং প্যান্অপ্থ্যালমাইটিস্ (Panophthalmitis) রোগের আশঙ্কা ইত্যাদি ঘটনা সতত নিশ্চয়ই অভ্যুদিত হইয়া থাকে, ইহা দেখা গিয়াছে; কিন্তু এদিকে যে চক্ষুতে অস্ত্র করা হইয়াছিল, তাহাতে এবম্বিধ কোন প্রকার প্রদাহ কার্য্য ঘটিতে দেখা যায় নাই; অথবা যদিও তাহা সচরাচর ঘটে, কিন্তু সে সকল স্থলে অতি সামান্য প্রকার মাত্র ঘটিয়া ছিল। অপিচ ইহাও দেখা গিয়াছিল,

যে, জন্তু যত বলবান্ হয়, তাপমানেরও তত অধিক আধিক্য হইয়া থাকে, এবং অস্ত্রপ্রক্রিয়ার পর যত শীঘ্র কোন বাহ্যপদার্থ চক্ষুর্বিবিষ্ট করা হইবে, তাহা সুস্থ চক্ষুতে অন্য চক্ষু অপেক্ষা তত অধিক পরিমাণে প্রদাহ প্রতিবোধ করিতে পারে ; এই বিষয় ক্লড্ বার্ণার্ড সাহেব উল্লেখ করিয়া গিয়াছেন।—৪ অস্ত্রপ্রক্রিয়ার কিঞ্চিদগ্রে অথবা অব্যবহিত পরক্ষণেই সার্ভিকাল্ গ্যাংগ্লিয়ন নিষ্কাশন করিলে, নিউরো-প্যারালিটিক নামক যে প্রসিদ্ধ ঘটনা মস্তিষ্কাবরণ মধ্যস্থ গ্যাসেরিয়ানে গ্যাংগ্লিয়নের (Gasserian gangleon) অব্যবহিত সম্মুখবর্ত্তী পঞ্চম স্নায়ুর বিভাজন প্রযুক্ত অভ্যুদিত হইয়া থাকে, তাহা কখনই ঘটিতে পারে না।—৫ এমত কি, যখন পঞ্চম স্নায়ু ছেদন করিয়া কোন কোন নিউরো-প্যারালিটিক ঘটনা অভ্যুদিত হইয়াছে, তখনও গ্যাংগ্লিয়ন বহিষ্কৃত করিলে, উক্ত ঘটনা সকল কতিপয় দিবসের মধ্যেই (দুই দিবসের পর চারি দিনের মধ্যেই) অপনীত হইয়া যায়।—৬ যত দিন পর্য্যন্ত কর্ণিয়ার উপরিভাগ আর্দ্র, উজ্জ্বল ও মসৃণ থাকে, তত দিন পর্য্যন্তই এই সকল ঘটনা তিরোহিত হইবার সম্ভাবনা থাকে। কিন্তু যদি ইপিথিলীয়মের অসংলগ্নতা, কর্ণিয়ার আবিলতা, এবং আইরিসের রক্তাধিক্য এবং স্ফীতাবস্থা উপস্থিত হইয়া পড়ে, তবে উক্ত ঘটনা সকল (Phenomena) কোন মতেই অন্তর্হিত হয় না।—৭ পঞ্চম স্নায়ু বিভাগ করিলে, চক্ষুর যে সম্পূর্ণ হ্রাস বা বিনাশ সমুপস্থিত হয়, পরিবর্ত্তন সকলের প্রাবল্যসময়ে গ্যাংগ্লিয়নকে নিষ্কাশিত করিলে তাহা উপস্থিত হইতে পারে না ; ঐ সকল অবস্থা সমভাবে থাকে, অথবা অল্প বা অধিক পরিমাণে আরোগ্য হয়।—৮ সিম্প্যাথেটিক্ স্নায়ু ছেদন করিয়া দিলে, পঞ্চম স্নায়ু বিভাজনে উৎপন্ন ওষ্ঠাধারের, বিশেষতঃ অধরের ক্ষত এবং অক্ষিপুটের ক্ষত, সম্পূর্ণ অপনীত হইয়া যায়।—৯ শেষোক্ত চারি বিষয়ে যে রোগোপশম হইয়া থাকে, তাহাতে চক্ষুকে প্রাপ্তাঘাত হইতে রক্ষিত করিবার নিমিত্ত কোন বিশেষ যত্ন করিবার আবশ্যক হয় না। কারণ, ডাক্তার সিনিষ্কেন্ সাহেব বলেন যে, চক্ষুর যে পার্শ্বে অস্ত্রকর্ম্ম হয়, তাহা উত্তেজনা হইতে রক্ষিত হউক আর নাই হউক, পঞ্চম স্নায়ু বিভাজিত হইলেই নিউরো-প্যারালিটিক্ ঘটনা অবশ্যই অভ্যুদিত হইয়া থাকে।—১০ অনেকানেক গুণপরীক্ষাদক্ষ ব্যক্তিরা, পঞ্চম স্নায়ু বিভাজিত হইবার পর সেই পার্শ্বস্থ চক্ষুতে যদ্রূপ তাপমানের লাঘবতা অনুভব করিয়াছেন, সিম্প্যাথেটিক্ গ্যাংগ্লিয়নকে পঞ্চম স্নায়ুর সহিত যুগপৎ

নিষ্কাশিত করিলে, তাপখানের তদ্রূপ লাঘবতা হয় না। ডাঃ সিনিস্কেন সাহেব বলেন যে, বোধ হয় শোণিতসঞ্চালনের পরিবর্ত্তনই এই সকল ঘটনার গূঢ় কারণ। পঞ্চম স্নায়ুর বিভাজন-জনিত এই নিউরো-প্যারালিটিক্ ঘটনায় সিম্প্যাথেটিক্ গ্যাংগ্লিয়নকে নিষ্কাশন করিলে, যে সকল প্রতিবাধক ফলোৎপত্তি (Inhibitory effects) হইয়া থাকে, তাহা ক্যারোটিড্ ধমনীতে লিগেচার বন্ধন অথবা হৃৎপিণ্ডের ডিপ্রেসর বা অবসাদক অর্থাৎ নিউমোগ্যাষ্ট্রিক্ (Pneumogastric) স্নায়ুকে উত্তেজিত করিলে অপনীত হইয়া যায় *।

যে উপায়ে স্ফোটক উপশমিত হয়, পূয়োৎপত্তি হইলে এই সকল স্থলে তদনুরূপ চিকিৎসা করিতে হয়। কর্ণিয়ার স্বচ্ছ অংশ রক্ষা করিবার নিমিত্ত কখনং আইরিডেক্টমি অর্থাৎ আইরিস কর্ত্তন করাও প্রয়োজন হইয়া থাকে।

ক্ষত এবং তদানুষঙ্গিক বিষয়।

কর্ণিয়ার ক্ষতরোগ বর্ণনার সুবিধার জন্য দুই শ্রেণীতে বিভাগ করা গেল, প্রবল এবং নাতিপ্রবল। ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেব এই দুই বিভাগকে স্থেনিক এবং য়্যাস্থেনিক অর্থাৎ বলবৎ এবং ক্ষীণ শব্দেও উল্লেখ করিয়াছেন। যাহাহউক চিকিৎসাসময়ে আমরা যে সকল স্থল দেখিতে পাই, তাহাতে এই সকল ক্ষত কোন্ শ্রেণীভুক্ত তাহা প্রভেদ করিতে পারা যায় না। কারণ তাহাদের প্রভেদের কোন নির্দ্দিষ্ট লক্ষণ নাই, এবং চিকিৎসাসময়েও ঐ প্রভেদ আবশ্যক বলিয়া বোধ হয় না।

সাধারণতঃ কেরাটাইটিস্ রোগ হইতে কর্ণিয়ার ক্ষত রোগের এই প্রভেদ যে, এই ক্ষতরোগে কর্ণিয়ার অন্তর্ভূত পদার্থের বিনাশ হয় এবং ক্ষত স্বয়ং স্বভাবতঃ আরোগ্যপথে পরিণত হয়। এইরূপে এই ক্ষত রোগে, আমরা কর্ণিয়াকে চিরকালের নিমিত্ত অপায়গ্রস্ত হইতে দেখিতে পাই; এবং কখনং স্থূল ক্ষতকলঙ্ক কিম্বা ছিদ্র এবং ষ্ট্যাফিলোমা জন্মিয়া উহার স্বচ্ছতা সম্পূর্ণ বিনাশিত হইয়া যায়।

১। কর্ণিয়ায় প্রবল বা স্থেনিক ক্ষত হইলে, তৎসঙ্গেং চক্ষুতে ভয়ানক যন্ত্রণা এবং আলোকাতিশয্য উপস্থিত হয়। এই সকল লক্ষণ

---

* *Lancet*, 1871, p. 661, vol. 1.

সময়ে২ এত প্রচণ্ড হয় যে, রোগী চক্ষুরুন্মীলিত করিতে পারে না; করিলে, তৎক্ষণাৎ দরদর ধারায় অশ্রু প্রবাহিত হইয়া আইসে; এবং অক্ষিপুট স্বেচ্ছাপ্রতিকূলে স্বয়ং মুদিত হইয়া যায়। এইরূপ স্থলে চক্ষুতে অনুক্ষণ যাতনা থাকে এবং শয়নসময়ে সেই যাতনার বৃদ্ধি হইয়া রোগীকে অনেকক্ষণ পর্যান্ত নিদ্রিত হইতে ব্যাঘাত প্রদান করে। কেবল চক্ষুতেই যে যাতনা হয় এমত নহে, উহা ললাট এবং মস্তক-পার্শ্বেও প্রসারিত হইয়া পড়ে।

সচরাচর প্যাল্পিব্র্যাল্ এবং অর্বিট্যাল্ কন্জংটাইভায় ভয়ানক রক্তসংঘাত হয় এবং কর্ণিয়াবেষ্টিত স্ক্লারোটিকের রক্তবহা-নাড়ীচক্র গাঢ়রূপে রক্তপূর্ণ হয়। অধিকাংশ স্থলে কর্ণিয়ার সমুদয় ইপিথিলী-য়্যাল্ বা উপস্থান স্তর বন্ধুর ও আবিল হইয়া পড়ে; এবং প্রায়ই উহার দুই এক স্থান ক্ষয়িত এবং বিনাশিত হইয়া যায়। প্রায় প্রত্যেক স্থলেই ক্ষতের গভীরতা, বিস্তীর্ণতা এবং অবস্থিতি বিষয়ে তারতম্য ঘটিয়া থাকে।

রোগের প্রকৃতি এবং অবস্থানুসারে ক্ষতের আকারেরও প্রভেদ হইয়া থাকে। প্রথমতঃ উহাকে কর্ণিয়ার একটী পাংশুবর্ণ আবিল চিহ্ন বলিয়া বোধ হয়। উহা কর্ণিয়ার উপরিভাগ হইতে উন্নত এবং উহার চতুঃসীমা ক্রমশঃ কর্ণিয়ার পরিদৃশ্যমান সুস্থ নির্ম্মাণে মিলিত। কিছু-কাল পরে এই চিহ্নের কেন্দ্রস্থল অপকৃষ্ট এবং উৎক্ষিপ্ত হইয়া কর্ণিয়ার একটী গহ্বররূপে দৃষ্ট হয়। এই ক্ষতের আধার স্থান পরিষ্কৃত ও স্বচ্ছ থাকিতে পারে, বিশেষতঃ নিম্নদিকে পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর পর্য্যন্ত সমুদয় নির্ম্মাণ ক্ষয়িত হইয়া যাইলেও তত্রত্য স্বচ্ছতার কোন বাধা হইতে পারে না। কারণ সাধারণতঃ ইহা দেখা যায় যে, পশ্চাদ্-বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর ঐ সকল অপকর্ষক পরিবর্ত্তনকে বিলক্ষণ প্রতি-রোধ করিতে পারে; সুতরাং তদুপরিস্থ কর্ণিয়ার স্তরান্বিত বিল্লী সম্পূর্ণ বিনাশিত হইয়া যাইলেও উহা সম্পূর্ণ পরিষ্কৃত অবস্থায় থাকিতে পারে। এই স্থৈনিক ক্ষতের চতুঃসীমা সুস্পষ্ট; কিন্তু তন্দী-মান, বক্র ও পাংশু-শ্বেতবর্ণ।

ক্ষত আরোগ্য হইতে আরম্ভ হইলে, উহার পরিধি ক্ষুদ্র হইতে থাকে। সংস্কারক্রিয়া প্রথমে সীমাভাগেই আরম্ভ হইয়া, ক্রমশঃ অভ্য-ন্তরদিকে ধাবিত হয়। আরোগ্য সময়ে রক্তবহা-নাড়ীসকলকে কর্ণিয়ার উপর ক্ষত স্থানের সীমা পর্য্যন্ত সঞ্চালিত হইতে দেখা যায়, এবং ক্ষত

যতই আরোগ্য হইতে থাকে, উহারাও ততই ক্ষীণ হইতে থাকে। ইপিথিলীয়্যাল্ কোষ সকল পুনর্নির্ম্মিত হইলে, রোগী ইতিপূর্ব্বে যে সকল যন্ত্রণা এবং আলোকাতিশয্য সহ্য করিয়া আসিতেছিল, তাহা হইতে সম্পূর্ণ শান্তিলাভ করে।

কর্ণিয়ার ক্ষত যে সকল আকার ধারণ করে, তৎসমুদয় বর্ণনা করা অত্যন্ত অসম্ভব। কিন্তু তন্মধ্যে কয়েক প্রকার চিকিৎসাসময়ে এত সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় যে, তদ্বিষয়ে কিঞ্চিৎ বর্ণনা করা আবশ্যক বোধ হইতেছে। এই সকলের মধ্যে কর্ণিয়ার উষ্ণীষবৎ (Crescentic) ক্ষত অত্যন্ত ভয়ানক ও কৃচ্ছ্রসাধ্য রোগ। উহারা মণ্ডলাকারে কর্ণিয়ার প্রান্তভাগ হইতে আরব্ধ হয়; এবং দেখিলে বোধ হয় যে, কর্ণিয়া হইতে এক অতি ক্ষুদ্র অংশ উৎকীর্ণ করিয়া লওয়া হইয়াছে। এই সকল ক্ষত কেবল কর্ণিয়ার পরিধি বেষ্টন করিয়াই বিস্তৃত হইয়া থাকে এমত নহে, উহারা কর্ণিয়াকে ক্ষয়িতও করে; সুতরাং কর্ণিয়ার মধ্যস্থানে আর কোন পরিপোষক পদার্থ আসিতে না পারায়, তদংশ সহজেই বিচ্যুত হয়। এই সকল ক্ষতের পরিণতি যদিও পিউরিউলেন্ট কন্জংটিভাইটিস্ রোগজ ক্ষত সকলের সমান, তথাপি তাহারা কন্জংটাইভার প্রদাহ ব্যতিরেকে স্বয়ং অভ্যুদিত হইতে পারে।

অন্যান্য স্থলে এই ক্ষত ফনেলের ন্যায় ক্রম সঙ্কীর্ণ; উহা গভীর রূপে কর্ণিয়ার অভ্যন্তরে বিস্তৃত হয়, এবং আমরা যতই কেন উপশমের চেষ্টা করি না, উহারা প্রায়ই কর্ণিয়াকে বিদ্ধ করিয়া থাকে।

২। নাতিপ্রবল অথবা য়্যাস্থেনিক ক্ষত। কর্ণিয়ার প্রবল ক্ষত রোগে চক্ষুতে যদ্রূপ যাতনা, আলোকভীতি এবং অপরাপর উত্তেজক লক্ষণ উপস্থিত হইয়া থাকে, নাতিপ্রবল রোগে তদ্রূপ কিছুই দেখিতে পাওয়া যায় না। ইহাতে স্ক্লেরোটিক কিম্বা কন্জংটাইভার রক্তবহানাড়ীসমূহে অধিকতর রক্তসংঘাত প্রায়ই হয় না। ক্ষতক্রিয়া অতিদীর্ঘকালব্যাপী এবং বিরক্তিকর। কিন্তু সৌভাগ্যক্রমে, এইরূপ ক্ষতরোগে কর্ণিয়ার গভীরতর স্তর সকল অল্পতর পরিমাণে পীড়িত হয়, সুতরাং ইহাতে ষ্ট্যাফিলোমা হইবার প্রায়ই সম্ভাবনা থাকে না।

এই য়্যাস্থেনিক ক্ষত সচরাচর অগভীর [illegible] উপরিভাগেই আবদ্ধ থাকে; উহাদের প্রান্তদেশ উত্তমরূপে [illegible] অতিশয়

পাতলা; দেখিলে বোধ হয় যেন, কিয়দংশ কর্ণিয়া উৎকীর্ণ হইয়াছে। কনজংটাইভা হইতে কোন রক্তবহানাড়ী উহার উপর গতায়াত করে না। বাস্তবিক উক্ত অংশের কোন কার্য্যই উপলব্ধি হয় না। ক্ষত আরোগ্য অথবা বৰ্দ্ধিত কিছুই হইতে থাকে না, হইলেও তাহা অতি মৃদুগতিতে হইয়া থাকে।

ভাবিফল।—প্রবল বা নাতিপ্রবল অবস্থা বিবেচনা না করিয়া ক্ষত স্থানের গভীরতা এবং অবস্থান বিবেচনা করিয়াই এই রোগের ভাবিফল স্থিরীকৃত হয়। এই নিমিত্ত নাতিপ্রবল স্থলেও ক্ষত দীর্ঘকাল স্থায়ী থাকে বলিয়া, পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর পীড়িত হইয়া, পরিশেষে চক্ষুর অভ্যন্তরস্থ নির্ম্মাণও পীড়িত হইয়া পড়ে। বাস্তবিক এই সকল ঘটনা প্রবল ক্ষত রোগে সতত ঘটিবার সম্ভাবনা আছে। কারণ, প্রবল ক্ষতসকল কেবল আয়তনে বিস্তৃত হয় এমত নহে, উহারা কর্ণিয়ার গভীর পর্দ্দা সকলকেও পীড়িত করিয়া তুলে।

অপিচ, প্রবল ক্ষত রোগের গতি অত্যন্ত প্রবল বলিয়া, উহা একবার আরোগ্য হইতে আরম্ভ হইলে সত্বরই আরোগ্য হইয়া পড়ে। শুভ সংস্কার হইতে আরম্ভ হয়, সুতরাং ভাবিফলও শুভজনক। কিন্তু প্রবল অথবা নাতিপ্রবল ক্ষত কারণে যদি কর্ণিয়ার অভ্যন্তরবর্ত্তী পদার্থের বিনাশ হয়, তবে বিনাশিত স্থান অল্প বা অধিক পরিমাণে আবিল হইয়া চিরকালের নিমিত্ত রোগের চিহ্নস্বরূপ হইয়া রহে। আর যদি এই আবিলতা দৃষ্টিমেরু স্থলে জন্মে, তবে রোগীর দৃষ্টিও চিরকালের নিমিত্ত মন্দ হইয়া যায়। কৃত্রিম কনীনিকা প্রস্তুত করিলে অনেক সুবিধা হইতে পারে, কিন্তু তথাপি ক্ষতোৎপন্ন অপায় চিরকলঙ্ক-স্বরূপ হইয়া রহে।

দুর্ভাগ্যক্রমে, উল্লিখিত মন্দ ঘটনা সকল ঘটিয়াই যে কর্ণিয়ার ক্ষত রোগ নিঃশেষিত হয় এমত নহে। গভীর ক্ষত সকলের স্থানে ঘন ক্ষত কলঙ্কিত টিসু উৎপন্ন হইবার বিলক্ষণ আশঙ্কা আছে, এবং ক্ষতের আধার স্থানস্থ পাতলা কর্ণিয়াও চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপে ফাটিয়া যাইতে পারে; সুতরাং তাহাতে কর্ণিয়া এবং আইরিসের ষ্ট্যাফিলোমা হইয়া পড়ে।

অতএব ভাবিফল স্থির করিতে হইলে ক্ষতের অবস্থান এবং গভীরতা-বিষয়ে সতত বিবেচনা করিতে হয়। অগভীর ক্ষত সকল আরোগ্য

হইলে তৎস্থান পূর্ব্ববৎ স্বচ্ছাবস্থা প্রাপ্ত হইতে পারে, কিন্তু গভীর ক্ষত সকলের ক্ষত সকল অতিক্রম করা অতিশয় দুঃসাধ্য। গভীর ক্ষত রোগে, যদি ক্ষত কর্ণিয়ার কেন্দ্র স্থল পর্য্যন্ত বিস্তৃত না হয়, তবে উহাতে অপেক্ষাকৃত অল্প অপকারের সম্ভাবনা আছে। কিন্তু কর্ণিয়ার ক্ষীণতা প্রযুক্ত যদি ষ্ট্যাফিলোমা হইয়া পড়ে, তবে যদিও চক্ষু একেবারে বিনাশিত না হয়, কিন্তু তদ্দ্বারা আইরিস পর্য্যন্ত আক্রান্ত হইয়া ভয়ানক বিপদ ও মন্দ ঘটনা উপস্থিত হইতে পারে। আইরিসের এই দুর্ঘটনার বিষয় আমি ইত্তিপরেই বর্ণনা করিব।

চিকিৎসা।—তাবিফলতত্ত্বে যেরূপ বর্ণিত হইল, তদ্দ্বারা ইহা স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে যে, যাহাতে ক্ষত আয়তনে অথবা গভীরতায় বর্দ্ধিত না হয়, চিকিৎসা সময়ে তদ্বিষয়েই আমাদিগকে চেষ্টা দেখিতে হয়। কারণ, ক্ষত ঐরূপ বিস্তীর্ণ হইলে, পরিণামে কর্ণিয়ার স্বচ্ছতার হানি জন্মিতে পারে।

আঘাত-জনিত স্থল (Traumatic cases) অথবা কনজংটিভাইটিস্ রোগজ স্থল ব্যতীত অধিকাংশ ক্ষত রোগে, রোগী শারীরিক অত্যন্ত অসুস্থ থাকে *। শরীরের যে ক্ষমতা দ্বারা আহার্য্য বস্তু পুষ্টিসাধক হইয়া থাকে এবং অবাধে জীর্ণ হইয়া উপযুক্ত শোণিতপ্রদ হয়, † এই রোগে সেই ক্ষমতার উন্নতি করিয়া রোগাক্রমণ করা যাদৃশ প্রয়োজনীয়, চক্ষুর অপর কোন পীড়ায় উহা তাদৃশ প্রয়োজনীয় নহে। সাধারণতঃ টনিক্ এবং যে সকল চিকিৎসা দ্বারা শরীরে বল প্রাপ্ত হওয়া যায়, তদনুষ্ঠান করাই বিধেয়। প্রবল ও নাতিপ্রবল উভয়বিধ কর্ণিয়ার ক্ষতরোগে, আইরণ এবং কুইনাইন, উত্তম খাদ্য, পরিষ্কার পরিচ্ছদ এবং বিশুদ্ধ বায়ুসেবন ইত্যাদি রোগোপশম করিতে প্রয়োজন হইয়া থাকে।

যেস্থলে চক্ষুতে অপরিমিত যাতনা ও উত্তেজনা উপসর্গীভূত হয়, তথায় আফিঙ্গ সেবন করিলে মহৎ উপকার দর্শে। বাস্তবিক প্রবল শ্রেণীস্থ রোগে উহা সচরাচর বিশেষ উপকারসাধন করিয়া থাকে। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব সচরাচর প্রৌঢ় ব্যক্তিদিগকে ১ গ্রেণ পরিমিত আফিঙ্গ ছয় ঘণ্টা অন্তর সেবন করিতে বিধান করিয়া থাকেন, এবং কখন কখন উহাতে সোডা এবং কুইনাইন মিশ্রিত করিয়া সেবন

---

* "Lectures on Diseases of the Eye," by J. Morgan, 2nd edition, p. 111.

† Assimilative and nutritive functions of the body

করিতেও বলেন। কিন্তু যে কোন উপায়ে হউক না কেন, আফিঙ্গের মাদকতা দ্বারা অভিভূত হওয়া আবশ্যক। ঐ সঙ্গে সঙ্গে প্রত্যহ তিন কিম্বা চারি বার চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন্ সলিউশন্ ফোটাং করিয়া প্রদান করা বিধেয়; এবং কপোল ও ভ্রূদেশে একষ্ট্র্যাক্ট অব বেলাডোনা লেপন করিয়া পাতলা প্যাড ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষুকে শিথিলভাবে আবদ্ধ রাখা সর্ব্বতোভাবে প্রয়োজনীয়।

পীড়িত কর্ণিয়াকে বিশ্রান্ত রাখাই উল্লিখিত সমুদায় অনুষ্ঠানের অভিপ্রায়। আফিঙ্গ দ্বারা স্নায়ু এবং রক্তবহানাড়ীর উত্তেজনা নিবারিত হয়, সুতরাং রোগী সহজেই নিদ্রা যাইতে পারে। য়্যাট্রোপীন দ্বারা আইরিস পশ্চাদাকর্ষিত হয়, এবং উহার উপরিভাগ হইতে যে রস প্রস্তুত হয়, তাহার এবং সঞ্চিত য়্যাকিউয়সের পরিমাণেরও লাঘব হয়; এবং এই ঘটনা দ্বারা চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ লঘু হইয়া কর্ণিয়ার বিতান অপনয়ন করে। পরিশেষে, অক্ষিপুটদ্বয়কে মুদিত রাখায়, আলোক প্রবেশ করিয়া চক্ষুকে উত্তেজিত করিতে পারে না এবং তদ্দ্বারা ক্ষত কর্ণিয়াও ঘর্ষিত হইতে পায় না। ইহা আমাদের স্মরণ রাখা উচিত যে, অনেকানেক স্থলে কেবল উল্লিখিত উপায় গুলি দ্বারাই উক্ত ক্ষত রোগ নিরাময় হয় না। তত্তৎস্থলে বায়ু পরিবর্ত্তন এবং টনিক্ ঔষধের বশবর্ত্তী হইতেও হয়।

প্রবল শ্রেণীস্থ ক্ষত রোগে ক্ষত স্থানে নাইট্রেট্ অব্ সিল্ভার, বিশেষতঃ সলিড্ নাইট্রেট্ অব্ সিল্ভার কখনই প্রয়োজ্য হইতে পারে না। অভিজ্ঞ ও হস্তনিপুণ চিকিৎসকেরা কখনং ডায়েলিউট্ কষ্টিক্ পেন্সিল্ সত্বর-পরিবর্দ্ধমান কর্ণিয়ার ক্ষতোপরি আস্তেং বুলাইয়া অনেক উপকার দর্শাইতে পারেন। যাহাহউক, অধিকাংশ স্থলে নাইট্রেট সিল্ভার ব্যবহারে উপকার অপেক্ষা প্রায়ই অপকার দর্শিয়া থাকে। সাধারণতঃ, ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেব এরূপ স্থলে উক্ত ঔষধ ব্যবহার করিতে অনুমোদন করেন না *। বাস্তবিক কর্ণিয়ার ক্ষতরোগে য়্যাট্রোপীন সলিউশন ব্যতিরেকে অন্যান্য সমুদায় লোশন এবং প্রলেপন (Application) চক্ষুতে ব্যবহার করা কোন মতেই উপযুক্ত বলিয়া বোধ হয় না; বিশেষতঃ যদি কর্ণিয়ার পরিধিভাগ হইতে ক্ষতপ্রান্তাভিমুখে রক্তবহা-নাড়ী সকলকে ধাবিত হইতে দেখা যায়, তবে এই নিষেধ ও আদেশ বিধি অনুসারে কার্য্য করা অবশ্য কর্ত্তব্য কর্ম্ম।

* "Iconographie Ophthalmologique," par J. Sichel, p. 365.

এস্থলে এরূপও জিজ্ঞাস্য হইতে পারে যে, কর্ণিয়ার পরিবর্দ্ধমান ক্ষত রোগের গতি নিবারণ করিতে চক্ষুকে বিশ্রাম প্রদান এবং রোগীকে সবল ও সুস্থাবস্থায় (Hygienic condition) আনয়ন করা ব্যতীত অন্য কোন উপায় অবলম্বন করা কি যায় না? বোধ হয় করা যায়। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব বলেন যে, অন্তর্বর্ত্তী পদার্থের বিনাশজনিত কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতাবিষয়ে ইতিপূর্ব্বে যাহা২ লিখিত হইয়াছে, তাহা স্মরণ রাখিয়া, ইহা বিবেচনা হয় যে, কর্ণিয়ার যে অংশে ক্ষত হইয়াছে, তাহা অবশ্যই অস্বচ্ছ হইবে, সুতরাং তৎপশ্চাদ্বর্ত্তী আইরিসের বিদ্যমানতায় কোন প্রকার ফলোদয়ই নাই। উহা থাকা আর না থাকা তুল্যরূপ। এইরূপ আন্দোলন করিয়া কর্ণিয়ার এতদ্রূপ বর্দ্ধমান এবং কেন্দ্রাতীতস্থ (Eccentric) ক্ষত রোগে, যদি অন্যান্য উপশমোপায় বিফল হইয়া যায়, তবে আইরিসকে নিষ্কাশিত করা যে শ্রেয়ঃ ইহা সকলেই অনুমোদন করিয়া থাকেন। কর্ণিয়ার স্বচ্ছ অংশের পশ্চাৎ হইতে আইরিসকে নিষ্কাশিত করিলে, তৎস্থান কৃত্রিম কনীনিকার ন্যায় সুবিধাজনক হইয়া থাকে।

ইতিপূর্ব্বে সপিউরেটিভ্ কেরাটাইটিস্ রোগে যেং নিয়ম অবলম্বন করিয়া আইরিস্ কর্ত্তন করিতে হয়, এস্থলে আইরিস্ কর্ত্তন করিতেও সেইং নিয়ম অবলম্বন করা উচিত। এই অস্ত্রপ্রক্রিয়া অত্যন্ত ভয়ানক বলিয়া, যেস্থলে অন্যান্য চিকিৎসাপ্রণালী দ্বারা কোনপ্রকার উপকার দর্শে না, কেবল তথায়ই উহা অবলম্বন করিতে হয়। যদি উপযুক্ত বিবেচনার সহিত অবলম্বিত হয়, তবে এতদ্দ্বারা রোগীর যাতনা উপশম হইয়া থাকে। সত্বর বৃদ্ধিশীল ক্ষত সকল অস্ত্র করিবার পর হইতেই সুস্থাবস্থা গ্রহণ করিতে থাকে, এবং পরিশেষে শুভপরিণামে পর্য্যবসিত হইবারও অনেক সম্ভাবনা থাকে।

যাহাহউক, মনে কর, ক্ষত সত্বর বর্দ্ধিত হইতেছে না, এবং লক্ষণ সকল দেখিয়া আইরিডেক্টমী অস্ত্রপ্রক্রিয়ার সদৃশ গুরুতর অস্ত্রপ্রক্রিয়ারও আবশ্যক বোধ হয় না, এমত স্থলে একটী প্রশস্ত নিড্‌ল্ লইয়া হ্যাণ্টেরিয়র চেম্বারে নিমজ্জিত করতঃ হ্যাকিউয়স্ হিউমারকে বহির্গত হইতে দেওয়া উচিত, তাহা হইলে ষ্ট্যাফিলোমা কিম্বা কর্ণিয়া ছিদ্রিত হইতে পারে না। এইরূপে আমরা কর্ণিয়ার অতিরিক্ত বিতান তিরোহিত করিয়া দিই, সুতরাং ক্ষত স্থানের পাতলা নির্ম্মাণ ভেদ করতঃ হ্যাকিউয়স্ পদার্থ বহির্গত হইতেও অল্প অবকাশ প্রাপ্ত হয়।

এই সকল অবস্থায় প্যারাসেন্টেসিস্ অর্থাৎ কর্ণিয়াকে কেন্দ্রস্থলে ছিদ্রিত করিয়া য়্যাকিউয়স্ পদার্থ নির্গত করিতে হইলে, নিডলের অগ্রভাগ ঠিক ক্ষত স্থানের তলদেশ দিয়া কেবল য়্যান্টেরিয়র চেম্বার মধ্যে নিমজ্জিত করিতে হয়, নতুবা আইরিস্ এবং এমত কি, লেন্স পর্য্যন্তও আঘাতিত হইতে পারে। প্যারাসেন্টেসিস্ সম্পাদন করিবার পূর্ব্বে, কর্ণিয়ার গভীরতর স্তরসকল অগ্রে পীড়িত হউক বলিয়া অপেক্ষা করা কোন মতেই বৈধ হয় না। বরঞ্চ উক্ত গভীরতর স্তর সকল পীড়িত হইবার পূর্ব্বেই এই অস্ত্রপ্রক্রিয়া সম্পাদন করিলে অনেক উপকার দর্শিতে পারে। কারণ, তাহা হইলে উক্ত নিডলের স্থূলতানুসারে কর্ণিয়ায় ছিদ্র হয়, নতুবা ক্ষত স্থানের তলদেশ কাটিয়া গিয়া বৃহৎ ছিদ্র উৎপন্ন হইতে পারে। সূক্ষ্ম একটী নিডল দ্বারা এই বিদারণ করা আবশ্যক। কারণ, তাহা হইলে য়্যাকিউয়স্ অল্পেহ বহির্গত হয়। এদিকে, যেমন য়্যাকিউয়স্ নিঃসৃত হইয়া পড়িতে থাকে, আইরিসও তৎসঙ্গেহ ক্রমশঃ সম্মুখদিকে অগ্রসর হইতে থাকে, এবং পরিশেষে কর্ণিয়ার উক্ত ছিদ্র পর্য্যন্ত আসিয়া ক্ষান্ত হয়। এই স্থানে উহা নিওপ্ল্যাষ্টিক্ ফর্ম্মেশনস্ বা নবোদ্গত বিল্লনিচয় দ্বারা কর্ণিয়ায় সংযুক্ত হইতে পারে, এরূপও বিলক্ষণ সম্ভাবনা আছে। কিন্তু যখন কর্ণিয়ার উক্ত ছিদ্র রুদ্ধ হইয়া যায়, তখন য়্যাকিউয়স্ আইরিস্ ও লেন্সকে স্বস্থানে প্রত্যাবৃত্ত করায়, নবোদ্গত বিল্লনিচয় তাহাতে কোন প্রতিবাধা প্রদান করিতে পারে না। ক্ষত স্থান বিদ্ধ করিবার কতিপয় দিবস পরে, যদি দেখা যায় যে, উহার আধার-দেশ পুনরায় স্ফীত হইয়া আসিতেছে এবং কাটিয়া যাইবারও বিলক্ষণ সম্ভাবনা আছে, তবে পুনরায় প্যারাসেন্টেসিস্ করা বৈধ; এবং স্থলবিশেষে উক্ত প্রক্রিয়া এই দুই বারের অধিক বারও সম্পাদন করিতে হয়। যেহ সময়ে কর্ণিয়াকে ছিদ্রিত করিতে হয়, তাহার প্রত্যেক সময়েই অক্ষিপুটে এবং কপোলদেশে এক্স্ট্র্যাক্ট অব্ বেলাডোনা অথবা য়্যাট্রোপীন্ অয়েন্টমেন্ট্ ম্রক্ষণ করা উচিত; এবং চক্ষুকে সাবধান পূর্ব্বক হালকা কম্প্রেস্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা সতত মুদিত রাখা বিধেয়।

ক্ষত নাড়িপ্রধান (ম্যাস্কুলিক) প্রকারের হইলে, অর্থাৎ আরোগ্য হইতে না থাকিলে, এবং কনজংটাইভা হইতে কোনহ রক্তবহা-নাড়ী তথায় গমন না করিলে, প্রত্যহ এক বা দুই বার করিয়া ক্রমাগত এক ঘণ্টা কাল পর্য্যন্ত অক্ষিপুটোপরি উত্তপ্ত কম্প্রেস্ বন্ধন করিয়া উক্ত

স্থান উত্তেজিত করা বিধেয়। অথবা, সময়েং ক্ষত স্থানে ক্যালোমেল্ চূর্ণবৎ প্রদান করিলেও অনেক উপকার দর্শিতে পারে।

দীর্ঘকালস্থায়ী কর্ণিয়ার এই সকল ক্ষতরোগ পুনরুৎপন্ন হইতেও পারে। মিষ্টার ক্রিচেট্ সাহেব এই সকল স্থলে সিটন ((Seton) ব্যবহার করিতে অনুমতি দিয়া থাকেন। কেশের নিম্নে টেম্পোর্যাল্ রিজন অর্থাৎ কপোলবিভাগের কোন নির্দ্দিষ্ট স্থানে একটী নিডলে শক্ত রেশম বা পশমের সূত্র প্রবেশিত করিয়া, উক্ত নিডল্ দ্বারা প্রায় ১ ইঞ্চি পরিমিত ত্বক্ অবরোধ করতঃ, পরে অবরুদ্ধ স্থান বেষ্টন করিয়া উক্ত সূত্র বন্ধন করিতে হয়। প্রাতঃ সন্ধ্যা দুইবার ইহার পরিবর্ত্তন অর্থাৎ ড্রেসিং করিতে হয়। সচরাচর দুই কিম্বা তিন মাস পর্য্যন্ত এই স্থান দিয়া ক্লেদ নির্গত হইতে থাকে, তৎপরে, হয় উহা কর্ত্তিত হইয়া পড়ে, নতুবা উক্ত স্থান শুষ্ক হইয়া যায়।

কিন্তু যদি কর্ণিয়ায় রক্তবহানাড়ী সমাবিষ্ট হইতে থাকে, অর্থাৎ উহার পরিধিভাগ হইতে ক্ষতসীমা পর্য্যন্ত গমন করে, তবে কিয়দ্দিনের নিমিত্ত কোন প্রকার চিকিৎসা না করিয়া কেবল কনীনিকাকে প্রসারিত এবং চক্ষুকে কম্প্রেস এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা দৃঢ়ভাবে মুদ্রিত রাখা বিধেয়। বায়ু পরিবর্ত্তন, নিয়মিত সৎপথ্য আহার, এবং শারীরিক স্বাস্থ্যবর্দ্ধক সর্ব্বপ্রকার উপায় অবলম্বন করিলে, ক্ষত শীঘ্রং উপশমিত হইতে পারে। বাস্তবিক এই সমুদায় ব্যতিরেকে স্থানীয় ঔষধাদি অনেক সময়ে কোন কার্য্যকারক হয় না।

যে স্থলে এই ক্ষতরোগের সঙ্গেং কর্ণিয়া ছিদ্রিত হইয়া পড়ে, তথায় যে উপায়ে চিকিৎসা করিতে হয়, তাহা পাঠকগণ আইরিসের প্রোল্যাপ্স্ (Prolapse) বা বহিঃপতন নামক প্রকরণ পাঠ করিলেই জানিতে পারিবেন।

কর্ণিয়ার হার্ণিয়া (Hernia) বা বিবৃদ্ধি।—কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর যদি ক্ষতবিনাশিত বাহ্যস্তর সকলের অভ্যন্তর দিয়া উন্নতাকারে বহির্গত হইয়া আইসে, তবে তাহাকে কর্ণিয়ার হার্ণিয়া বা বিবৃদ্ধি শব্দে অভিহিত করা যায়। বিনাশক পরিবর্ত্তন উক্ত স্থিতিস্থাপক স্তরকে আক্রমণ করিতে পারে না; সুতরাং কর্ণিয়ার স্তরান্বিত (Laminated) টিস্থ বিনাশিত হইলেও উহা অক্ষুণ্ণ অবস্থায় থাকিতে পারে, এবং পশ্চাদ্দিক হইতে বহির্দ্দিগভিমুখে হ্যাকিউয়সের প্রতিচাপ দ্বারা বেগ প্রাপ্ত হইয়া, কর্ণিয়ার উপরিভাগে উন্নত হওতঃ কাচস্বচ্ছ ও

উজ্জ্বল একটী ক্ষুদ্র গ্রন্থিকের ন্যায় প্রতীয়মান হয়। ক্ষতের ভগ্নীমান সীমার অভ্যন্তর দিয়া সমুত্থিত এই টিউমারের স্বচ্ছ আকৃতি দেখিয়া আমরা রোগের প্রকৃতি অনায়াসেই নির্ণয় করিতে পারি।

পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর অত্যন্ত পাতলা বলিয়া, যখন হার্ণিয়া হয়, তখন চক্ষুতে সামান্য চাপ প্রদান করিলেও উহা ফাটিয়া যাইতে পারে। এই হেতু কর্ণিয়ার হার্ণিয়া রোগ অত্যল্প কাল মাত্র স্থায়ী থাকে; এবং অতি কদাচিৎ দৃষ্টিগোচর হয়। কারণ, কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর সচরাচর য়্যাকিউয়সের প্রসারক বেগ সহ্য করিতে না পারায়, ছিন্ন হইয়া পড়ে, এবং কর্ণিয়ার হার্ণিয়া বা বিবৃদ্ধির পরিবর্ত্তে আইরিস প্রোল্যাপ্স বা বহিঃপতিত হয়। সে যাহা হউক, এই হার্ণিয়া কতিপয় সপ্তাহ পর্য্যন্ত অবস্থিত থাকে এবং অবশেষে ক্রমশঃ ক্ষতকলঙ্কিত টিস্যুতে পরিবর্ত্তিত হয়।

চিকিৎসা।—রোগীকে ক্লোরোফর্মের অধীনে আনিয়া একখানি ষ্টপ্‌স্পেকিউলম্ চক্ষুতে উপযুক্তরূপে নিহিত করতঃ, একটী প্রশস্ত নিডল্ নামক অস্ত্র কর্ণিয়ার অভ্যন্তরে নিমজ্জিত ও তাহার প্রান্তদেশ নত করিয়া, আস্তে আস্তে য়্যাকিউয়স্ পদার্থ নিঃসৃত করা বিধেয়। তৎপরে নিডল্ বহিস্কৃত করিয়া য়্যাট্রোপীনের কোন সলিউশন্ চক্ষুতে ফোটা ফোটা প্রদান করতঃ অক্ষিপুট মুদিত রাখিয়া, তদুপরি কম্প্রেস এবং ব্যাণ্ডেজ প্রায় আটচল্লিশ ঘণ্টা পর্য্যন্ত দৃঢ়বদ্ধ করিয়া রাখিতে হয়। অতঃপর চক্ষুকে পরীক্ষা করা যাইতে পারে। কিন্তু এখনও আরো কিছু দিন পর্য্যন্ত কম্প্রেস ব্যবহার করা উত্তম পরামর্শ।

এইরূপ চিকিৎসা করিবার প্রয়োজন এই যে, এতদ্দ্বারা য়্যাকিউয়স পদার্থ নিঃসৃত হইয়া কর্ণিয়ার হার্ণিয়া অর্থাৎ পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তরকে স্বস্থানে প্রত্যাবৃত্ত করায়; এবং যত দিন পর্য্যন্ত তদুপরি ক্ষতকলঙ্কিত টিস্যু সমুৎপাদিত না হয়, ততদিন পর্য্যন্ত উহাকে তদবস্থানে কম্প্রেস দ্বারা স্থায়ী রাখা উচিত। ক্ষত শুখাইয়া যাইতে না থাকিলে, অক্ষিপুটোপরি কম্প্রেস বা ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিবার পূর্ব্বে ক্ষত স্থানের সীমাভাগে ডায়েলিউট্ কষ্টিক্ পেন্সিল্ স্পর্শ করিয়া তৎস্থানকে উত্তেজিত করিয়া দিতে হয়।

আটচল্লিশ ঘন্টার পর, যখন আমরা অক্ষিপুট উন্মীলিত করিয়া দেখি, তখন উহাতে পুনর্ব্বার হার্ণিয়া উৎপন্ন হইতেও কখন কখন

দেখিতে পাই। হার্ণিয়া পুনর্ব্বার হইলে, উহাতে পুনর্ব্বার-প্যারা-সেন্টেসিস্ বা কেন্দ্রভেদ অস্ত্রোপচারের আবশ্যক হইয়া থাকে, এবং তৎপরে কষ্টিক পেন্সিল্ স্পৃষ্ট করিয়া চক্ষুকে দৃঢ় কম্প্রেস্ ও ব্যাণ্ডেজ দ্বারা রুদ্ধ করিয়া রাখা উচিত। এইরূপ চিকিৎসায় পর্য্যাপ্ত পরিমাণে প্রদাহ উদ্রিক্ত হইয়া ক্ষত স্থানের হানিকর পরিবর্ত্তন সকল বিনাশিত হইয়া যায়। ইহাতে ক্ষতস্থান যদিও চিরকালের নিমিত্ত কলঙ্কিত হইয়া রহে, তথাপি সেই কলঙ্ক দ্বারা আইরিসের প্রোল্যাপ্সস্ বা বহিঃপতন এবং তদানুষঙ্গিক মন্দ অবস্থা সকল ঘটিতে পারে না।

কর্ণিয়া এবং আইরিসের ষ্ট্যাফিলোমা (Staphyloma)।— যদি কর্ণিযার সৌত্রিক নির্ম্মাণের প্রতিবাধাপ্রদায়িনী শক্তি বিনষ্ট হইয়া যায়, অথবা ক্ষতক্রিয়া দ্বারা যথেষ্ট ক্ষীণ হইয়া পড়ে, তবে স্থবাস্থিত টিসুর ক্ষতাবশিষ্ট ভাগ এবং পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপক স্তর য়্যাকিউয়সের প্রসারক বেগ সহ্য করিতে না পারিয়া সম্মুখদিকে অল্প বা অধিক পরিমাণে স্ফীত হইয়া উঠে। ইহাকেই আমরা কর্ণিয়ার ষ্ট্যাফিলোমা কহিয়া থাকি।

আইরিস এবং কর্ণিয়ার পরস্পর অবস্থান বিবেচনা করিয়া, ইহা দেখা যাইতেছে যে, যখন কর্ণিয়ার আংশিক বহিঃসরণ উপস্থিত হয়, তখন আইরিস ঐ বহিঃসরণের সঙ্গে সঙ্গে সম্মুখদিকে আকৃষ্ট হইতে পারে। অধিকন্তু, এইরূপ অধিকাংশ স্থলে, উক্ত ষ্ট্যাফিলোমার সর্ব্বাগ্রদেশে একটী ক্ষুদ্র ছিদ্র হইয়া, তন্মধ্য দিয়া য়্যাকিউয়স্ প্রবাহিত হইয়া পড়ে, অথবা কর্ণিয়ার যে অংশ পাতলা হইয়া গিয়াছে, তাহার অভ্যন্তর দিয়া উক্ত য়্যাকিউয়স্ ছাঁকিয়া আসিয়া নিঃসৃত হইতে থাকে। এই উভয়বিধ স্থলেই য়্যান্টেরিয়র চেম্বার শূন্যগর্ভ হওয়ায়, ভিট্রিয়স্ লেন্সকে ঠেলিতে থাকে, এবং আইরিস লেন্সের সঙ্গে সঙ্গে অগ্রসর হইয়া আসিয়া কর্ণিয়ায় লগ্ন হইয়া যায়। আইরিস এইরূপে উক্ত বহিঃসরণের অন্তর্ভাগোপরি জড়িত, সংযুক্ত ও দৃঢ়রূপে একত্রীভূত হইয়া পড়ে; (২৩শ, প্রতিকৃতি দেখ)। উহার বাহ্য উপরিভাগ এক প্রকার সৌত্রিক (ক্ষতকলঙ্কিত) টিসু দ্বারা

২৩শ, প্রতিকৃতি।



আচ্ছাদিত হয়। এই প্রকারে উক্ত ষ্ট্যাফিলোমা এক প্রকার ঘন অস্বচ্ছ আকার ধারণ করে এবং উহার অভ্যন্তরদেশ কিয়দংশ আইরিসের দ্বারা আবৃত থাকে *।

এবম্বিধ ষ্ট্যাফিলোমা প্রায়ই নানাবিধ আকারের হইয়া থাকে। উহা কখন কখন এত বৃহৎ হয় যে, তাহা অক্ষিপুটদ্বয়ের অন্তরাল দিয়া বহির্গত হইয়া আইসে; এবং কখন২ এত ক্ষুদ্র হয় যে, তাহা ঠিক একটী আল্‌পিনের মস্তক সদৃশ। উহাদের আবরণের বেধেরও তারতম্য ঘটে। কারণ, অনেকানেক স্থলে ষ্ট্যাফিলোমার শিখরভাগ অত্যন্ত পাতলা হয়; এদিকে অপরাপর স্থলে, তাহা অপেক্ষাকৃত স্থূল বলিয়া দৃষ্ট হয়। উহাতে অধিক পরিমাণে কোলেষ্টেরীণ (Cholesterine) অন্তর্ভূত থাকিতে দেখা যায়।

ইতিপূর্ব্বেই উল্লিখিত হইয়াছে যে, ষ্ট্যাফিলোমার শিখরভাগ বিক্ষত হইতে পারে, এবং একটী ফিশ্চ্যুলা বা নালী হইয়া তন্মধ্য দিয়া য়্যাকিউয়স্ প্রবাহিত হইয়া আইসে। অথবা, ষ্ট্যাফিলোমা ফাটিয়া গিয়া, সেই ফাটলের মধ্য দিয়া লেন্স এবং বাস্তবিক অক্ষিগোলকের অভ্যন্তরস্থ সমুদয় পদার্থ নির্গত হইয়া পড়িতে পারে। তৎপরে অক্ষিগোলক আকুঞ্চিত হইয়া স্বকীয় কোটর মধ্যে মগ্ন হয়।

কখন২ এক কর্ণিয়াতেই একাধিক ষ্ট্যাফিলোমা উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। উহা দেখিতে ঠিক ব্র্যাম্বল্‌বেরী (Bramble-berry) ফলের ন্যায়। ষ্ট্যাফিলোমা উদিত হইবার পূর্ব্বে, কতকগুলি ক্ষত উৎপন্ন হইয়া কর্ণিয়ার এতদবস্থা ঘটাইয়া দেয়। ঐ সকল ক্ষত অনেকানেক স্থানে চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ সহ্য করিতে পারে না, সুতরাং উহাদের পরস্পর মধ্যবর্ত্তী স্থানগুলির সৌত্রিক বিধান বিনাশিত না হওয়ায়, তাহারা পশ্চাদ্বর্ত্তী প্রসারক বেগ সহ্য করিতে পারিয়া দলবদ্ধ হইয়া পড়ে, এবং তাহাদের অন্তরাল দিয়া কতিপয় ক্ষুদ্র২ ষ্ট্যাফিলোমা উদিত হইয়া থাকে।

কর্ণিয়ায় ষ্ট্যাফিলোমা হইয়া যে সকল লক্ষণ আবির্ভূত হয়, তন্মধ্যে দৃষ্ট্যাতিরেক লঘুদৃষ্টিকেই প্রধান লক্ষণ বলিয়া গণ্য করিতে হইবেক। ষ্ট্যাফিলোমার অবস্থান এবং আকৃতি অনুসারে এই লঘুদৃষ্টির অনেক বিভিন্নতা ঘটিয়া থাকে। ষ্ট্যাফিলোমা উৎপন্ন হইয়া পরিণামে রোগীর

---

* "Augenheilkunde," Stellwag von Carion, p. 121.

দৃষ্টির কি পরিমাণে অপকার সাধন করিতে পারে, যখন এই বিষয় চিন্তা করা যায়, তখন অগ্রে, যে স্থলে কর্ণিয়ার কিয়দংশ মাত্র পীড়িত হইয়াছে, তথায় রোগীর আইরিসের বিষয়ে অগ্রে অনুধাবন ও চিন্তা করা প্রধান আবশ্যক। যদি উহা বহিঃসরণের সঙ্গে২ আনীত হইয়া থাকে, তবে কনীনিকাও তৎসঙ্গে২ আনীত হইবার অনেক সম্ভাবনা আছে, সুতরাং রোগী সেই চক্ষুতে বিশেষরূপ দেখিতে পাইবেন, এমত কোন সম্ভাবনা নাই। অন্যান্য স্থলে, কিয়দংশ কনীনিকা অনাকৃষ্ট থাকিতেও পারে, এবং যদি সেই অনাকৃষ্ট কনীনিকার সম্মুখস্থ কর্ণিয়া স্বচ্ছ থাকে, তবে রোগী এক প্রকার পরিষ্কার দৃষ্টিলাভ করিতে পারেন। অপিচ মনে কর, ষ্ট্যাফিলোমা কর্ণিয়ার ঠিক কেন্দ্র স্থল হইতে অভ্যুদিত না হইয়া, তৎস্থানকে পরিষ্কৃত রাখিয়াছে। এমত স্থলে, উহা ঠিক দৃষ্টমেরুস্থল হইতে অভ্যুদিত হইলে যেরূপ দৃষ্টির ব্যাঘাত জন্মাইত, তদ্রূপ ব্যাঘাত জন্মাইতে পারে না।

চিকিৎসা।—আকৃতি এবং অবস্থিতিকাল অনুধাবন করিয়া ষ্ট্যাফিলোমার চিকিৎসা করা উচিত।

১। এই বহিঃসরণ ক্ষুদ্র এবং অল্পদিন মাত্র উৎপন্ন হইলে, একটি প্রশস্ত নিডল্ দ্বারা উক্ত ষ্ট্যাফিলোমার তলদেশ বিদ্ধ করিয়া য়্যাকিউয়স্ নিঃসৃত হইতে দেওয়া ও তৎপরে চক্ষুকে কম্প্রেস্ এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা দৃঢ়রূপে বন্ধন করা সৎপরামর্শ। এই সঙ্গে সঙ্গে চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন সলিউশন্ ফোটা ফোটা ব্যবহার করাও বিধেয়। এইরূপ স্থলে, য়্যাকিউয়সের য়্যান্টেরিয়র চেম্বারকে শূন্যগর্ভ করাই আমাদের মুখ্য উদ্দেশ্য। কারণ, য়্যাকিউয়স্ ষ্ট্যাফিলোমাকে প্রায়ই সম্মুখদিকে প্রধাবিত করে; সুতরাং উহা নির্গত হইয়া পড়িলে, চক্ষুর আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ অপনীত হয়। তৎপরে, কম্প্রেস ব্যবহার দ্বারা ষ্ট্যাফিলোমা যে কেবল পুনর্ব্বার উৎপন্ন হইতে পারে না, এমত নহে; তদ্দ্বারা উক্ত স্থান অতিরিক্ত কার্য্যাদিতে উদ্রিক্ত এবং তাহাতে তথায় শীঘ্র শীঘ্র ক্ষতকলঙ্ক উৎপন্ন হয়, সুতরাং এই ক্ষতকলঙ্ক দ্বারা উক্ত অংশ পুনর্ব্বার প্রকৃতাবস্থায় স্থায়ী থাকে। এদিকে, য়্যাট্রোপীন ব্যবহার করিবার উদ্দেশ্য এই যে, তদ্দ্বারা আইরিস প্রত্যাবৃত্ত হইতে পারে এবং সাধ্যায়ত্ত হইলে, তৎসময়ে উহাকে কর্ণিয়া হইতে বিশ্লিষ্ট করাও উচিত।

যদি এই চিকিৎসায় দুই কিম্বা তিন সপ্তাহের মধ্যে ষ্ট্যাফিলোমা আরোগ্য না হয়, তবে রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীনে আনিয়া

এক খানি তীক্ষ্ণধার কাঁচি দ্বারা উক্ত বহিঃসরণকে কর্ত্তন করিয়া লইতে হয়। তৎপরে য়্যাট্রোপীনের উগ্র সলিউশন চক্ষুতে ফোটা ফোটা প্রদান করতঃ যত দিন পর্য্যন্ত সেই ক্ষত আরোগ্য না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত কম্প্রেস এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা চক্ষুকে দৃঢ়রূপে বান্ধিয়া রাখিতে হয়।

২। ষ্ট্যাফিলোমা প্রকাণ্ড আকারের হইলে, এমত কি তদ্দ্বারা কর্ণিয়ার চতুর্থ বা তদপেক্ষা অধিকাংশ ভাগ আক্রমিত হইলে, আইরিডেক্টমী অস্ত্রপ্রক্রিয়া দ্বারা আইরিসকে কর্ত্তন করিয়া ফেলিলে নিশ্চয়ই পীড়া আরোগ্য হইতে পারে। যদি উপেক্ষা করিয়া এইরূপ করা না যায়, তবে তৎপরে আইরিস্ এবং কনীনিকা কর্ণিয়ায় আকর্ষিত ও সংযুক্ত হইয়া পড়িতে পারে। আমরা এই দুর্ঘটনার বিষয় পূর্ব্বেই অনুমান করিয়া, তাহা ঘটিবার পূর্ব্বেই, কর্ণিয়ার সুস্থ অংশের পশ্চাৎ হইতে আইরিসের প্রায় চতুর্থাংশ নিষ্কাশিত করিয়া, আইরিসকে সমুদয় সংযোগ হইতে নিষ্কৃতি প্রদান করিয়া থাকি; এবং এইরূপে আইরিসেব উপরিভাগের রসস্রাবের খর্ব্বতা সম্পাদন করায়, য়্যাকিউয়স্ অধিক পরিমাণে সঞ্চিত হইতে পারে না। আইরিডেক্টমী সম্পাদন কবিবার অব্যবহিত পরেই চক্ষুতে যত্নপূর্ব্বক কম্প্রেস এবং ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিলে, উক্ত ষ্ট্যাফিলোমার আকারও লঘু হইয়া যায়।

এই প্রক্রিয়া দ্বারা যে কেবল উল্লিখিত উপকার ও আশু সুবিধা সাধিত হইয়া থাকে এমত নহে। এস্থলে ইহাও স্মরণ করা উচিত যে, যদি আইরিস্ ষ্ট্যাফিলোমার সহিত চিরকালের নিমিত্ত সংশ্লিষ্ট হইয়া পড়ে, তবে উহা অপর চক্ষুতেও তুল্যরূপ সমবেদনাপ্রদ উত্তেজনা প্রদান করিতে পারে, এতন্নিমিত্তও এবম্বিধ স্থলে সত্বর আইরিডেক্টমী করা বৈধ।

৩। ষ্ট্যাফিলোমা প্রকাণ্ড হইলে ও দীর্ঘকালস্থায়ী থাকিলে, এবং যদি তথায় কর্ণিয়ার কিয়দংশ স্বচ্ছ থাকে, তবে উল্লিখিতরূপ চিকিৎসা-প্রণালী অবলম্বন করা উচিত। প্রথমতঃ চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রদান করিলে, কনীনিকা আংশিক উন্মুক্ত অথবা সম্পূর্ণ মুদিত এবং ষ্ট্যাফিলোমার সহিত আকর্ষিত কি না, তাহা অবগত হওয়া যায়। কনীনিকা আংশিক উন্মুক্ত থাকিলে, য়্যাট্রোপীনের গুণে তাহা প্রসারিত হইয়া পড়ে এবং সাধ্যায়ত্ত হইলে এই সময়ে আইরি-

ডেসিস্ (Iridesis) অস্ত্রপ্রণালীর দ্বারা আইরিস্ কর্ত্তন করিয়া কৃত্রিম কনীনিকা করা উচিত।

অন্যপক্ষে, কনীনিকা ষ্ট্যাফিলোমায় আকৃষ্ট হইয়া আসিলে, চক্ষুর য়্যান্টেরিয়র এবং পোষ্টেরিয়র চেম্বার অর্থাৎ অগ্র-পশ্চাৎ কুঠরির দুইটির পরস্পর গতায়াতপথ রুদ্ধ হইয়া যায়, সুতরাং এই পোষ্টেরিয়র চেম্বারে রস সঞ্চিত হইয়া, রেটিনা এবং চক্ষুর গভীরতর বিধান সকলের উপর অস্বাভাবিক চাপ প্রদান করে, এবং এই চাপ স্থগিত হইয়া না যাইলে, রোগীর দৃষ্টি নিশ্চয়ই সম্পূর্ণ বিনষ্ট হইয়া যায়।

এই সকল অবস্থা ঘটিলে, দুই প্রকার উপায় অবলম্বন করা যাইতে পারে, কৃত্রিম কনীনিকা প্রস্তুত অথবা আইরিডেক্টমী। ডাক্তার ম্যাক্নামারা সাহেবের মতে শেষোক্ত উপায় অবলম্বন করাই শ্রেয়ঃ। কারণ, কৃত্রিম কনীনিকা দ্বারা চক্ষুর উক্ত দুই চেম্বারের গতায়াত-পথ এমত পরিষ্কৃত ভাবে উন্মুক্ত থাকে না যে, তদ্দ্বারা আভ্যন্তরীণ প্রতিচাপ প্রতিরুদ্ধ হইতে পারে। দ্বিতীয়তঃ, কৃত্রিম কনীনিকা প্রস্তুত করিলেও আইরিসের পশ্চাদ্দেশে অস্বচ্ছ লেন্স অবশিষ্ট থাকে। কিন্তু আইরিডেক্টমী অবলম্বন করিলে, কেবল চক্ষুর উক্ত দুই চেম্বার পরস্পর উন্মুক্ত থাকে এমত নহে, রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীন আনিয়া আইরিস কর্ত্তন করিলে, যদি লেন্স অস্বচ্ছ বলিয়া দৃষ্ট হয়, তবে তাহাকেও স্কুপ্ নামক অস্ত্র-প্রণালী (Scoop operation) দ্বারা উৎকীর্ণ করিয়া বহিঃসৃত করিতে পারা যায়।

ষ্ট্যাফিলোমা প্রকাণ্ড অথচ কর্ণিয়ার একপার্শ্বে অবস্থিত হইলে, নিম্নলিখিত চিকিৎসা-প্রণালীর অনুবর্ত্তী হইয়া তাহাকে বিনাশিত করিতে হয়। দুইটী নিডল পরস্পর সমকোণে ষ্ট্যাফিলোমার আধারদেশে বিদ্ধ করিয়া, তাহাকে একটী রেসমের লিগেচার দিয়া বেষ্টন করত বন্ধন করিতে হয়। নিডল থাকায়, উক্ত লিগেচার খুলিয়া পড়িতে পারে না। পরিশেষে বিদ্ধস্থানসন্নিকটে কর্ত্তন করিয়া এই নিডল দুইটীকে বাহির্গত করিতে হয়, এবং অতঃপর প্যাড্ এবং ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিলে, তিন কিম্বা চারি দিনের মধ্যেই উক্ত ষ্ট্যাফিলোমা চ্যুত হইয়া পড়ে। অবশিষ্ট অংশে কৃত্রিম চক্ষু পরিধান করিবার সুযোগ হইতে পারে।

৪। প্রকাণ্ড (সম্পূর্ণ) ষ্ট্যাফিলোমা, যাহা সমুদয় কর্ণিয়াকে লইয়া বহিঃসৃত হয় এবং যাহাতে রোগী কেবল বিগতমুখশ্রী হয় এমত নহে,

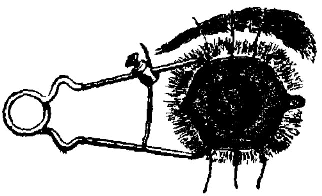
তদ্দ্বারা অক্ষিপুটের উন্মীলননিমীলনাদি কার্য্যেরও অনেক হানি হইয়া থাকে (২৪শ, প্রতিকৃতি দেখ)। এবম্বিধ স্থলে নিম্নলিখিত নিয়মে উক্ত বহির্গত অংশকে নিষ্কাশিত করিয়া লওয়া উচিত।

২৪শ, প্রতিকৃতি।



রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীন আনিয়া, চক্ষুতে একখানি ষ্টপ্-স্পেকিউলম্ নিয়োজিত করত অক্ষিগোলককে স্থিরভাবে রাখিয়া, ঠিক সিলিয়ারি প্রোসেসের একরেখায় শক্ত রেসমের সুচার পরিহিত দুইটী নিড্‌ল দ্বারা উহাকে বিদ্ধ করিয়া লইতে হয় (২৫শ, প্রতিকৃতি দেখ)। তৎপরে উক্ত ষ্ট্যাফিলোমাকে দন্তযুক্ত একখানি ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা ধৃত করিয়া একখানি ছুরিকা কিম্বা কাচি দ্বারা অক্ষিগোলকের যে অংশ বিদ্ধস্থাননাস্ত সুচারের অগ্রদেশে অবস্থিত, তাহা কর্ত্তন করিয়া লইতে হয়। তৎপরে সুচারের দুই প্রান্ত লইয়া গ্রন্থি প্রদান করত ছিন্নপ্রান্ত সংলগ্ন করিয়া রাখা উচিত। অতঃপর স্পেকিউলম্ অপনয়ন করিয়া চক্ষুতে শীতল জলের পটি লগ্ন করিয়া রাখিতে হয়। কতিপয় দিবস বিগত হইলে সুচার দুইটীকে খুলিয়া লওয়া যাইতে পারে, এবং কর্ত্তিত স্থানের প্রান্ত যুক্ত হইয়া আরোগ্য লাভ করিলে, তথায় কৃত্রিম চক্ষু সংলগ্ন হইবার একটী উপযুক্ত স্থান অবশিষ্ট থাকে।

২৫শ, প্রতিকৃতি।



মিষ্টার ক্রিচেট সাহেব সর্ব্বপ্রথমে এইরূপ অস্ত্রপ্রণালীর অনুবর্ত্তী হয়েন। এই প্রণালীর নাম অক্ষিগোলকের য়্যাবৃসিশন (Abscission) অর্থাৎ কিয়চ্ছেদন। তিনি যে স্থানে অক্ষিগোলককে ছেদন করিবার মনন করেন, ঠিক তন্নিম্নে উহাকে চারিটী কিম্বা পাঁচটী সূক্ষ্ম ও বক্র নিড্‌ল দ্বারা বিদ্ধ করিয়া, নিড্‌লের পরিহিত কৃষ্ণবর্ণ রেসমের দ্বারা স্থিরভাবে অবরুদ্ধ রাখেন; এবং যতক্ষণ পর্য্যন্ত তিনি চক্ষুকে যতদূর ছেদন করা আবশ্যক, ততদূর ছেদন না করেন, ততক্ষণ পর্য্যন্ত ঐ সকল রেসমের সূত্রকেও ছিন্ন করেন না। কারণ, তাহারা থাকিলে, ভিট্রিয়স এবং লেন্স বহির্গত হইয়া আসিতে পারে না। তিনি বলেন যে, অধি-

কাংশ স্থলে আঘাতিত স্থান অপ্রদাহিত হইয়া স্বয়ংই আরোগ্য প্রাপ্ত হয়। তিনি কতিপয় সপ্তাহ পর্য্যন্ত সুচারগুলিকে উক্ত অবস্থানে স্থায়ী রাখেন, তাহাতে উক্ত সুচার সকল কখনং স্বয়ং স্খলিত হইয়া আইসে *। ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব সম্প্রতি এবম্বিধ সুচার ব্যবহার করেন না। কিন্তু সম্পূর্ণ ষ্ট্যাফিলোমা হইলে, মিষ্টার ক্রিচেট সাহেবের উল্লিখিত অস্ত্রপ্রণালীর ন্যায় তিনিও অক্ষিগোলকের সমুদয় অগ্রবর্ত্তী গোলকার্দ্ধ (Anterior hemisphere) নিষ্কাশিত করিয়া লয়েন। তৎপরে স্ক্লারোটিক্‌স্থিত উক্ত ছিন্ন স্থানকে সুচার দ্বারা একত্রিত না করিয়া, কিয়দ্দিন পর্য্যন্ত তথায় শীতল জলের পটি এবং অক্ষিপুটোপরি শিথিলভাবে ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিতে আদেশ করিয়া থাকেন। এইরূপ প্রক্রিয়ায় অপেক্ষাকৃত অনেক অল্প উত্তেজনা ও যাতনা প্রদান করিয়া থাকে এবং ইহাতেও কৃত্রিম চক্ষু সংলগ্ন হইবার উত্তম অবলম্বন অবশিষ্ট থাকে।

কর্ণিয়ার সম্পূর্ণ ষ্ট্যাফিলোমা হইলে, যে যে অবস্থায় অক্ষিগোলককে একেবারে নিষ্কাশন না করিয়া কিয়চ্ছেদন করা বিধেয়, তদ্বিষয়ে ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব মিষ্টার ল্যসন্ সাহেবের গ্রন্থ হইতে যে মত উদ্ধৃত করিয়াছেন, নিম্নে তাহা লিখিত হইতেছে।— "তিনি বলেন যে, কেবল ধনীব্যক্তিদিগের পক্ষেই উক্ত কিয়চ্ছেদন করা শ্রেয়ঃ। কারণ, তাঁহাদের শারীরিক সৌন্দর্য্য অন্যান্য শ্রেণীস্থ মনুষ্য অপেক্ষা বিশেষ আদরণীয়। তাঁহারা, কৃত্রিম চক্ষু সংলগ্ন হইবার নিমিত্ত যে আশ্রয়স্থান অবশিষ্ট থাকে, তজ্জনিত সুবিধা ও অসুবিধার প্রতি বিশেষ মনোযোগ দিতে পারেন এবং যে সময়ে কোন মন্দ লক্ষণ অভ্যুদিত হয়, তৎক্ষণাৎ চিকিৎসকেরও সাহায্য লইতে পারেন, সুতরাং যদি কোন সময়ে উহা কষ্টজনক এবং অপর চক্ষুর বিপৎপ্রদ হইয়া পড়ে, তবে উহাকে তৎক্ষণাৎ নিষ্কাশিত করিয়া লইতেও পারেন। যাহাহউক, এদিকে দরিদ্রব্যক্তিরা রোগের প্রাথমিক লক্ষণ সকলে প্রায়ই উপেক্ষা করিয়া থাকেন, সুতরাং তাঁহাদের পক্ষে, উভয় চক্ষুতেই বিপদ না ঘটিয়া যখন এক চক্ষু দ্বারাই বিপদ অতিক্রামিত হয়, তখন উক্ত ষ্ট্যাফিলোমাকে সম্মুখ হইতে কিয়চ্ছেদিত না করিয়া একেবারে নিষ্কাশিত করিয়া লওয়াই বিধেয়।" †

* *Ophthalmic Hospital Reports*, vol iv. p 8.

† "Injuries of the Eye, Orbit, and Eyelids," by G. Lawson, p. 93.

কর্ণিয়ার ফিশ্চ্যুলা বা নালী প্রায় ক্ষত হইলেই তৎপরে হইয়া থাকে। এই নালী কর্ণিয়ার অভ্যন্তরে সচরাচর তির্য্যগ্‌ভাবে অবস্থান করে; এবং তন্মধ্যদিয়া অনবরতঃ য়্যাকিউয়স্‌ প্রবাহিত হইতে থাকে বলিয়া, উহা আরোগ্য হইতে পায় না।

কর্ণিয়া ছিদ্রিত হইলেই, আইরিস্‌ এবং লেন্সও বহির্দ্দিকে ঠেলিয়া আইসে, এবং যদি লেন্সকোষ (Capsule) উক্ত নালীর অন্তরস্থ মুখদ্বারে লগ্ন হইয়া পড়ে, তবে তদ্দ্বারা আংশিক ক্যাপ্‌সিউলার ক্যাটা-র‍্যাক্ট্‌ রোগের উৎপত্তি হয়। কিন্তু যদি এই নালী উন্মুক্তভাবে থাকে, তবে ইহা অপেক্ষাও অন্যান্য ভয়ানক অপকারাদি ঘটিতে পারে। কারণ, য়্যাকিউয়স্‌ অনবরত বিন্দুং নির্গত হওয়ায়, চক্ষুর আভ্যন্তীণ প্রতিচাপ হ্রাস হয়, এবং তাহাতে কোরইড্‌ এবং রেটিনার অভ্যন্তর দিয়া শোণিত-সঞ্চালনেরও বিশৃঙ্খলতা জন্মে, ও পরিশেষে চক্ষুর ফণ্ডস অর্থাৎ গভীরতম অভ্যন্তরের দূরায়ত্ত পীড়ায় পর্য্যবসিত হইতে পারে। অপিচ, এবম্বিধ নালীতে কর্ণিয়ার সহিত আইরিস সংযুক্ত হইয়া, অগ্রবর্ত্তী বা য়্যান্টে-রিয়ার সাইনেকিয়া উৎপন্ন হইতেও পারে; এবং তাহা উৎপন্ন হইলে, আইরিসও উত্তেজিত হইয়া থাকে। এই উত্তেজনা কোরইড্‌ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়া, সমুদয় চক্ষুকে পীড়িত করত সমবেদনাপ্রদ উত্তে-জনা দ্বারা অপর সুস্থ চক্ষুকেও পীড়িত করিয়া থাকে।

ক্ষতব্যতিরেকে অন্যান্য কারণেও কর্ণিয়ায় ফিশ্চ্যুলা হইতে পারে। মনে কর, একটী বিদীর্ণ আঘাত,—এই আঘাতে বিদারিত স্থান হইতে য়্যাকিউয়স্‌ প্রবহমান হইয়া আসিতে থাকায়, উহা সম্পূর্ণ সংযুক্ত হইয়া উপশমিত হইতে না পাবায়, নালী হইয়া পড়ে। কিন্তু যে কোন কারণে উৎপন্ন হউক না কেন, ফিশ্চ্যুলা হইলে কোন না কোন সময়ে পূর্ব্ব-বর্ণিত উপসর্গ সকল আসিয়া উপস্থিত হইয়া থাকে।

কর্ণিয়ায় ফিশ্চ্যুলা হইলে, আমরা তাহা আরোগ্য করিতে প্রায়ই অবহেলা করি না। সচরাচর উহার বহির্দ্দেশস্থ মুখ স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায় এবং অক্ষিগোলকে আস্তেং প্রতিচাপ প্রদান করিলে একবিন্দু জল তন্মধ্য দিয়া নিঃসৃত হইয়া আইসে। য়্যান্টেরিয়ার চেম্বারের গভীরতার হ্রাস হয়; এবং অনেকানেক স্থলে আইরিস্‌ সম্মুখদিকে আসিয়া কর্ণিয়ার পশ্চাৎপ্রদেশে লগ্ন হইয়া পড়ে *।

* "Traité des Maladies des Yeux," per A. P. Demours. tome i. p 308.

চিকিৎসা।—এইসকল নালীর অভ্যন্তর দিয়া অনবরত য়্যাকিউ-য়স্ প্রবহমান থাকায়, উহাদিগকে উপশমিত করা সচরাচর অত্যন্ত দুষ্কর। অধিকন্তু, সচরাচর লেন্স নালীর অন্তর্দেশস্থ মুখে বিক্ষিপ্ত হইয়া আসিয়া সেই স্থানকে সতত উত্তেজিত রাখে বলিয়াও এই নালী আবার আরোগ্য হইতে পায় না।

পূর্ব্বেই উল্লিখিত হইয়াছে যে, এই সকল ফিশ্চ্যুলা তির্য্যগ্‌ভাবে কর্ণিয়ার অভ্যন্তরে গমন করে। এবম্বিধ স্থলে রোগীকে ক্লোরোফর্ম্মের অধীন আনিয়া চিকিৎসা করাই উচিত, এবং অক্ষিপুটদ্বয়কে স্প্রিং-স্পেকিউলম্ দ্বারা পৃথগ্‌ভূত রাখিয়া ফিশ্চ্যুলার অভ্যন্তরে একটী তীক্ষ্ণ-ধার অতীক্ষ্ণাগ্র নিড্‌ল্ প্রবেশিত করত ঊর্দ্ধ হইতে নিম্নদিকে এবং এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্ব পর্য্যন্ত কর্ণিয়াব সমুদয় বেধ চিরিয়া দিতে হয়। এইরূপ আড়াআড়ি চিরিয়া দিলে, কর্ত্তিত প্রান্তগুলি সত্বরে স্বস্থানে প্রত্যাবর্ত্তন করে, এবং যদি যত্ন পূর্ব্বক উহাতে কম্প্রেস এবং ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করা যায়, তবে আটচল্লিশ ঘন্টার মধ্যেই উহা নিশ্চয়ই সংযুক্ত হইয়া ফিশ্চ্যুলাকে আরোগ্য করে।

এস্থলে আমার ইহা বলা বাহুল্য যে, অত্যন্ত যত্ন না লইলে, নিড্‌লের অগ্রভাগ দ্বারা আইরিস্ এবং লেন্স আঘাতিত হইয়া পড়ে। কিন্তু এই ফিশ্চ্যুলা সচরাচর তির্য্যগতিমুখীন বলিয়া, উহারা প্রায়ই আঘাতিত হইতে পারে না। অধিকন্তু রোগীকে বিলক্ষণ ক্লোরোফর্ম্মের অধীন আনায়, সে ঊর্দ্ধমুখে শয়িত থাকে বলিয়া, লেন্স কর্ণিয়া হইতে দূরে পতিত থাকে; সুতরাং উল্লিখিত বিপদ প্রায়ই ঘটিবার সম্ভাবনা থাকে না।

মহাত্মা ওয়েকার সাহেব বলেন যে, এইরূপ ফিশ্চ্যুলার অভ্যন্তরস্থ নালীমুখ যাহা পশ্চাদ্বর্ত্তী স্থিতিস্থাপকস্তর এবং তাহার ইপিথিলীয়ম্ দ্বারা সংঘটিত, তাহা প্রায়ই উল্টাইয়া যায়; এবং উক্ত পথের গর্ত্ত-দেশকে আবৃত করিয়া তাহাকে সংযুক্ত হইতে বাধা প্রদান করে। এই নিমিত্ত তিনি একখানি অতিসূক্ষ্ম মসৃণাগ্র ফরসেপ্স উক্ত নালীর অভ্য-ন্তরে প্রবেশিত করিতে অনুমতি প্রদান করেন। এই ফরসেপ্স দ্বারা নালীর চতুষ্পার্শ্বস্থ প্রাচীর ধৃত করিয়া উক্ত পথের আবরণ ছিন্ন করিলে, কর্ণিয়ার প্রকৃত টিসু বাহির হইয়া পড়ে। তৎপরে চক্ষুতে য়্যাট্রোপীন প্রদান করতঃ কম্প্রেস এবং ব্যাণ্ডেজ দ্বারা বান্ধিয়া রাখিতে হয় *। এই

* *Ophthalmic Hospital Reports*, vol. v. p. 395.

প্রক্রিয়ায় যাহাতে লেন্সকোষ অপায়িত না হয়, তদ্বিষয়ে সাবধান হওয়া সর্ব্বতোভাবে বিধেয়।

এইরূপ চিকিৎসার বশবর্ত্তী হইবার পূর্ব্বে চক্ষুর উপরিভাগে কম্প্রেস এবং ব্যাণ্ডেজ বন্ধন করিলে, কিরূপ উপকার দর্শিতে পারে, তাহা পরীক্ষা করা উচিত। এই সময়ে কনীনিকাকে প্রসারিত করিবার অভিপ্রায়ে, আমরা প্রত্যহ দুইবার করিয়া চক্ষুতে এ্যাট্রোপীন প্রদান করিয়া থাকি। এই কিঞ্চিদাশ্বসনীয় চিকিৎসাপ্রণালীর সঙ্গেং প্রত্যেক দ্বিতীয় অথবা তৃতীয় দিবসে বাহ্য নালীমুখের অভ্যন্তরে একটী অতিসূক্ষ্মাগ্র ডায়েলিউট্ কষ্টিক্ পেন্সিল্ স্পৃষ্ট করিয়া দেওয়া উচিত। কিন্তু ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেবের মতে এইরূপ চিকিৎসায় অধিক সময় অতি-ক্রামিত হইতে দেওয়া কখনই পরামর্শসিদ্ধ নহে। ইহা অতি কদাচিৎ ফলোপধায়ক রূপে অভিপ্রেত বিষয় সিদ্ধ করিয়া থাকে, তিনি অধি-কাংশ স্থলে, ফিশ্চুলাকে সত্বর পূর্ব্বোল্লিখিতমতে আড়াআড়ি চিরিয়া দেওয়াই অপেক্ষাকৃত শ্রেয়ঃ উপায় বলিয়া বিবেচনা করেন।

এবম্বিধ স্থলে আইরিসকে কর্ত্তন করিতেও পারা যায়। কিন্তু এই ফিশ্চুলা ট্রম্যাটিক্ ক্যাটারাক্ট অর্থাৎ আঘাতজনিত মস্বরোগ সম-বেত না হইলে, ডাক্তার ম্যাক্‌নামারা সাহেব আইরিডেক্টমী করিতে কখনই পরামর্শ দেন না। এবম্বিধ স্থল লেন্সের অপায় প্রকরণে বর্ণিত হইয়াছে।

কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতা (Opacity)।—উৎপাদক কারণ অনুসারে কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতার আয়তন, ঘনতা এবং স্থায়ীত্বের প্রভেদ হইয়া থাকে। কখনং সমুদয় কর্ণিয়া ব্যাপিয়া অথবা উহার কিয়দংশে ধূম্রের ন্যায় আবিল অস্বচ্ছতা জন্মে, এবম্বিধ আবিলতা আবার কখনং কেবল সুপারফিশিয়্যাল্ লেয়ার্স্ অর্থাৎ বাহ্য স্তর সকলে আবদ্ধ থাকে, অথবা কখনং কর্ণিয়ার প্রকৃত টিস্যুর (Corneal tissue) অন্তর্ভূত পদার্থকেও আক্রমণ করে। অন্যান্য স্থলে, যেখানে কর্ণিয়ার অন্তর্ভূত পদার্থের বিনাশ হইলে সংস্কার ক্রিয়া দ্বারা অস্বচ্ছতা জন্মে, তথায় উহা সমধিক ঘন হয় এবং অল্প বা অধিক পরিমাণে ক্ষতকলঙ্কের প্রকৃতি ধারণ করে। ঘন অস্বচ্ছতা সচরাচর লিউকোমা (Leucoma) নামে বর্ণিত হইয়া থাকে, এবং আবিল পাতলা অর্দ্ধাস্বচ্ছতা নেবিউলি (Nebulæ) নামে খ্যাত।

অপেক্ষাকৃত বাহ্য ও ভাসমান অস্বচ্ছতায় ইপিথিলীয়্যাল্ কোষ সকলে মেদাণব (Fatty molecular) আবিলতা সমুপস্থিত হয়, এবং তাহা সচরাচর বাহ্যিক কেরাটাইটিস্, ক্ষত এবং কর্ণিয়ার কোন প্রকার যান্ত্রিক উত্তেজনা (Mechanical irritation) প্রযুক্ত জন্মিয়া থাকে। গভীরতর অস্বচ্ছতা কর্ণিয়ার প্রকৃত টিসুর অন্তর্ভূত পদার্থকে অবরোধ করে। কেরাটাইটিস্ রোগ ইপিথিলীয়্যাল্ স্তর সকলে আবদ্ধ না থাকিয়া প্রবল হইতে আরম্ভ হইলে, তৎসময়ে কর্ণিয়ায় যে সকল কোষ জন্মিতে থাকে, এই অস্বচ্ছতা সেই সকল কোষের সংখ্যাবৃদ্ধি (Proliferation) প্রযুক্তই উৎপন্ন হয়। কেরাটাইটিস্ রোগের প্রবল বিশৃঙ্খলা সকল অপনীত হইয়া যাইলে, বিলীন নিউক্লিয়াই (Nuclei) সকলের দ্বারা এবং অন্তঃকোষিক পদার্থের মেদাণব অপকর্ষ প্রযুক্ত কর্ণিয়ার স্বচ্ছতার অভাব হইয়া থাকে। যেমন, ইণ্টারষ্টিশিয়াল্ এবং সিফিলিটিক্ কেরাটাইটিস্ রোগজ অসম্বদ্ধ অস্বচ্ছতা। পরিশেষে, ক্ষত বা অন্যান্য অপায়ে কর্ণিয়্যাল টিসু বিনষ্ট হইয়া যাইলে, তজ্জনিত গহ্বর নবোদ্ভূত পদার্থে পরিপূরিত হয়। ইহাতে যদিও সুঘটনাক্রমে কর্ণিয়ার স্বচ্ছ সূত্র সকল পুনরুদ্ভূত হয় বটে, কিন্তু তথাপি ঐ ক্রিয়া অসম্পূর্ণ এবং উহা কেবল গভীরতর প্রদেশেই হইয়া থাকে। উপরিপ্রদেশে যে সকল সূত্র থাকে, তাহা অল্প বা অধিক পরিমাণে আবিল সৌত্রিক বা ক্ষতকলঙ্কিত টিসুর আকার ধারণ করে।

ইপিথিলীয়্যাল্ এবং ইন্টারষ্টিশিয়াল্ অস্বচ্ছতা কোষিক ও অন্তঃকোষিক অপকর্ষক পদার্থসকল হইতে উদ্ভূত হয়, এবং এতদ্রূপ অস্বচ্ছতায়, ঐ সকল পদার্থ সময়ক্রমে চ্যুত অথবা অবসৃত হইয়া যাইতে পারে; এবং তত্তৎ স্থান উৎকৃষ্টতর উৎপত্তি সকল (Higher formations) দ্বারা পরিপূরিত হইয়া প্রায়ই অস্বচ্ছতাকে সম্পূর্ণরূপে তিরোহিত করে। বিশেষতঃ, পীড়া স্বল্পদিনের হইলে এবং রোগী যুবা এবং বলিষ্ঠ হইলে, আমরা এইরূপ শুভফল প্রায়ই প্রত্যাশা করিতে পারি। অন্য পক্ষে, যথায় কর্ণিয়ার অন্তর্বর্ত্তী পদার্থ অনেকদূর পর্য্যন্ত বিনাশিত হইয়া তৎপরিবর্ত্তে ক্ষতকলঙ্কিত টিসু সকল উৎপন্ন হয়, তথায় কর্ণিয়ার স্বচ্ছতা পুনরানয়ন করা অত্যন্ত অসম্ভব। যাহাহউক, অনেক সময়ে এইরূপ নবোৎপত্তির চতুর্দ্দিকে পাংশুবর্ণ পাতলা অস্বচ্ছতা ব্যাপ্ত হইয়া থাকে এবং তাহা স্বয়ং স্বভাবতঃ অন্তর্হিত হইয়া যাইতেও

পারে। উহা অন্তর্হিত হইলে, রোগের অনেক উপশম বোধ হয়; এবং আবিলতা বাহ্যতঃ বিলক্ষণ স্বল্প বলিয়া অনুভূত হইয়া থাকে।

ভাবিফল।—কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতায় ভাবিফল নির্ণয় করিতে হইলে, অস্বচ্ছতার অবস্থান এবং তাহাতে কর্ণিয়ার কতদূর নির্ম্মাণ পরিবর্ত্তিত হইয়াছে, তদ্বিষয়েই প্রধানতঃ অনুধাবন করিতে হয়। লিউকোমা অর্থাৎ ঘন অস্বচ্ছতা যে কখনই অপনীত করা যায় না, তাহার কারণ পূর্ব্বেই লিখিত হইয়াছে। এই লিউকোমা দৃষ্টিমেরুতে অবস্থিত হইলে এবং কর্ণিয়ার অপরাপর অংশ স্বচ্ছ থাকিলে, কৃত্রিম কনীনিকা ব্যতীত অন্য কিছু আশা করা বৃথা মাত্র। কিন্তু লিউকোমা কর্ণিয়ার কেন্দ্রস্থল রুদ্ধ না করিলে, এবং কনীনিকা প্রকৃত অবস্থানে স্থায়ী থাকিলে, তদ্দ্বারা কোন রূপ হানি জন্মিতে পারে না। যাহাহউক, সচরাচর ইহা দেখিতে পাওয়া যায় যে, এতদ্রূপ লিউকোমার পরিধিভাগ প্রায়ই ক্রমশঃ পাতলা হইয়া আসিয়াছে, এবং যদি সেই পাতলা আবিলতা কর্ণিয়ার সম্মুখভাগ আবরণ করে, তবে ঘন আবিলতার ন্যায়, উহা অপনীত হইয়া না যাইলে, তদ্দ্বারা সুস্পষ্ট দৃষ্টির অনেক ব্যাঘাত জন্মিতে পারে।

নেবিউলি অর্থাৎ পাতলা অস্বচ্ছতা হইলে, যে সকল কারণে তাহা উৎপন্ন হয়, তাহা স্থগিত হইয়া যাইলে, এবং রোগী যুবক, বলিষ্ঠ ও দ্রঢ়িষ্ঠ হইলে, অস্বচ্ছতা স্বভাবতঃ স্বয়ংই অন্তর্হিত হইয়া যায়, অথবা অনেকাংশে স্বল্প হইয়া পড়ে। কিন্তু এই অন্তর্দ্ধান হইতে অনেক সময় লাগে। কোন২বিধ নেবিউলি, বিশেষতঃ সিফিলিটিক্ কেরাটাইটিস রোগসম্ভূত নেবিউলি কর্ণিয়ার এক অংশ হইতে অন্য অংশে স্থান পরিবর্ত্তন করে; সুতরাং তাহা দৃষ্টিমেরুতে উপনীত হইলে, তদ্দ্বারা দৃষ্টির বিলক্ষণ ব্যাঘাত ঘটিতে পারে। যদি এই নেবিউলি কর্ণিয়ার স্তরান্বিত গভীরতর পর্দ্দা সকলে অথবা উহার পশ্চাদ্বর্ত্তী পর্দ্দায় অবস্থান করে, তবে ভিন্ন স্থান হইতে আলোকরশ্মি আনিয়া চক্ষু পরীক্ষা না করিলে, তাহা কোনমতেই অনুভূত হয় না। এতন্নিমিত্ত রোগী দৃষ্টির হ্রাসতার বিষয় অভিযোগ করিলে, চক্ষুর ঐ সকল অবয়ব পরীক্ষা করিয়া দেখা সর্ব্বতোভাবে উচিত। কারণ, যদিও এতদ্রূপ পাতলা অস্বচ্ছতা সহজ চক্ষুতে অতিকষ্টেও দৃষ্টিগোচর হয় না, তথাপি উহা ভিন্ন স্থান হইতে আনীত আলোকরশ্মিকে ইতস্ততঃ বিক্ষিপ্ত করিতে

বিলক্ষণ সক্ষম, সুতরাং তাহা সুস্পষ্ট দৃষ্টির অনেক ব্যাঘাত জন্মাইয়া দেয় এবং রোগীর চিরবিরক্তিকর হইয়া উঠে।

কর্ণিয়ার সামান্য অস্বচ্ছতা অধিক দিবস স্থায়ী হইলে, মাইওপিয়া বা অদূরদৃষ্টি জন্মাইতে পারে। চক্ষুর যে স্বচ্ছ পথ দিয়া তদভ্যন্তরে আলোক গমন করে, তাহাতে আবিলতা ঘটিলে, দৃশ্যপদার্থের প্রতিমূর্ত্তির (Visual image) অস্পষ্টতা জন্মে, এবং তন্নিমিত্তই রোগী, সুস্পষ্ট দেখিবার নিমিত্ত, চক্ষুর দর্শনোপযোগিতাশক্তিকে সতত বৃথা দূরনিয়োজিত করিতে থাকে। এই দূরনিয়োজনে পরিশেষে চক্ষুর সঙ্কোচক বিল্লীর (Contractile tissue) বিবৃদ্ধি (Hypertrophy) ঘটিয়া লেন্সকে বিলক্ষণ মুাজ করে। লেন্সের উপবিভাগ এইরূপে অস্বাভাবিক মুাজ থাকিয়া, চিরকালের নিমিত্ত অদূরদৃষ্টি জন্মাইয়া দেয়। অতঃপর কর্ণিয়ার আবিলতা অপনীত হইলেও এই অদূরদৃষ্টি দোষ কোনরূপেই ঘুচে না।

কর্ণিয়ার কেন্দ্রস্থলে অস্বচ্ছতা জন্মিয়াও কখনং তির্য্যগদৃষ্টি (Strabismus) জন্মিতে পারে। চক্ষুর দর্শনোপযোগিতা গাঢ়নিয়োজিত হইলে, এবং তৎসঙ্গেং চক্ষুর অন্তর্ব্বর্ত্তী সরল পেশী (Internal rectus muscle) যে অতিরিক্ত কার্য্যশীল হইয়া থাকে, তাহাতে ক্ষীণতর চক্ষুতে তির্য্যগদৃষ্টি (টেরা) হইতে পারে। তির্য্যগদৃষ্টি হইলে স্বভাবতঃ দুই চক্ষু দ্বারা নিরীক্ষণ করা যায় না বলিয়া, যে চক্ষু আবিল হইয়াছে তদ্দ্বারা নিরীক্ষণ না করায়, ও কেবল এক চক্ষু দ্বারা দৃশ্য পদার্থের প্রতি দৃষ্টি নিয়োজিত রাখায়, উক্ত তির্য্যগদৃষ্টির বিলক্ষণ পোষকতাই হইয়া থাকে। যদি এই অস্বচ্ছতা কিছুকাল পর্য্যন্ত স্থায়ী থাকে, তবে রেটিনার চেতনাশক্তি (Sensibility) বিনাশিত হইয়া যায় এবং চক্ষু একেবারে দৃষ্টিজ্ঞান-বিবর্জ্জিত হইয়া পড়ে। কিন্তু কর্ণিয়ার অস্বচ্ছতায় মাইওপিয়া এবং ষ্ট্র্যাবিসমস্ সচরাচর জন্মে না। রোগী সচরাচর অস্বচ্ছতার অবস্থান এবং ঘনতা অনুসারে তৎকারণজ দৃষ্টির আবিলতা এবং বিনাশ বিষয়েই অভিযোগ করিয়া থাকে।

কারণ।—নানাবিধ কারণে কর্ণিয়া অস্বচ্ছ হইতে পারে। যেমন, গ্লকোমা (Glaucoma) রোগে কর্ণিয়া অস্বচ্ছ হইয়া থাকে। কারণ, গ্লকোমা রোগে কোরইডে যে সকল পরিবর্ত্তন হয়, তাহা লঙ সিলিয়ারি স্নায়ু সকলকে পীড়িত করে, সুতরাং তদ্দ্বারা কর্ণিয়ার পরিপোষিকা

ও স্নায়ুশক্তির (Innervation) ব্যাঘাত হওয়াতে উহা অস্বচ্ছ হইয়া পড়ে। আইরাইটিস্ রোগের কোনং স্থলে, কর্ণিয়ার পশ্চাদ্বর্ত্তী স্তর সকল সচরাচর পীড়িত হইয়া পড়ে বলিয়া, তাহাতেও কর্ণিয়া অস্বচ্ছ হইতে পারে। কেরাটাইটিস্ পংটেটা এবং কর্ণিয়ার নানাবিধ প্রদাহ এবং ক্ষতরোগ হইতেও সচরাচর লিউকোমা এবং নেবিউলি অর্থাৎ ঘন এবং পাতলা অস্বচ্ছতা জন্মিয়া থাকে।

রাসায়নিক পদার্থ সকল (Chemical agents) দ্বারাও টিস্যুর জীবনীশক্তি বিনাশিত হইয়া কর্ণিয়া অস্বচ্ছ হইতে পারে। য়্যাসিটেট্ অব্ লেড্ চক্ষুতে লোশন্ স্বরূপে ব্যবহার করিলে, বিশেষতঃ সেই সময়ে কর্ণিয়ায় ক্ষত বা উহার উপরিভাগ উচ্চাবচ থাকিলে, সেই লেড্ অশ্রুর সহিত মিলিত হইয়া রাসায়নিক পরিবর্ত্তনে কার্বনেট্ বা ক্ষার-গুণে পর্য্যবসিত হয় এবং কর্ণিয়াকে চিরকালের নিমিত্ত অস্বচ্ছ করিয়া ফেলে। এইরূপে, নাইট্রেট্ অব্ সিল্ভারও অধিক দিন ব্যবহার করিলে, কর্ণিয়া কৃষ্ণবর্ণে সম্যক্ রঞ্জিত হইতে পারে। খৃঃ ১৮৭১ অব্দে আমাদের চিকিৎসালয়ে এইরূপ একটী বৃদ্ধা রোগিণী ছিল। অনেক বৎসর বিগত হইল, তাহাকে নাইট্রেট্ অব্ সিল্ভার সলিউশন্ বাম চক্ষুতে ফোটাং করিয়া দিতে ব্যবস্থা দেওয়ায়, সে ক্রমাগত সুদীর্ঘকাল পর্য্যন্ত উহা ব্যবহার করিয়া আসায়, তাহার কর্ণিয়া এবং কন্জংটাইভা এত ঘন কৃষ্ণবর্ণাবৃত হইয়াছিল যে, তদভ্যন্তর দিয়া আইরিস এবং কনী-নিকা আর দেখিতে পাওয়া যাইত না। উক্ত চক্ষু এই অবস্থায় ক্রমাগত বিংশতি বর্ষ পর্য্যন্ত ছিল এবং তাহাতে রোগের কিঞ্চিন্মাত্র প্রতীকারও লক্ষিত হয় নাই। কেহং বিবেচনা করিয়া থাকেন যে, কর্ণিয়ার ল্যামি-নেটেড্ টিস্যু অর্থাৎ স্তরান্বিত ঝিল্লী এইরূপ রাসায়নিক কার্য্যে সত্বর সংস্রবচ্যুত ও বিনাশিত হইয়া যায়; কিন্তু সৌভাগ্যক্রমে, উহা তত সত্বর বিনাশিত হয় না। অপিচ কর্ণিয়ার উপরিভাগে চূর্ণকঙ্করসংহতি (Calcareous matter) সঞ্চিত হইয়া থাকিলেও উহাতে অস্বচ্ছতা জন্মিতে পারে।

যে সকল আঘাত এবং অপায়ে কর্ণিয়ার অন্তর্ভূত পদার্থের বিনাশ হয়, তাহাতে বিনাশিত স্থান আরোগ্য হইয়া তথায় লিউকোমা অর্থাৎ ঘন অস্বচ্ছতা জন্মে। আর সামান্য মেকানিক্যাল্ ভায়লেন্স (Mechanical violence) অর্থাৎ কোন যান্ত্রিক বিঘ্নে যে অস্বচ্ছতা জন্মে, তাহা কখনই চিরস্থায়ী হইয়া রহে না। কিন্তু এই সকল কারণের মধ্যে, ক্ষত